

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Dane dotyczące zamawiającego

Szpital Chorób Płuc w Siewierzu Sp. z o.o.
Ul. Zbigniewa Oleśnickiego 21
42-470 Siewierz

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na: „**Usługi cateringowe na całodobowe żywienie pacjentów Szpitala Chorób Płuc w Siewierzu Sp. z o. o. w 2018 r. „**”
Nr sprawy: ZP/1/2018, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi przez Zamawiającego w zaproszeniu do składania ofert za cenę:

Cena oferty

Cena całodziennego wyżywienia jednego pacjenta:

nettozł

(Słownie:.....)

Stawka pod. VAT.....%, wartość pod. VAT.....zł

Cena ofertowa brutto.....zł

(Słownie:.....)

Cena za cały okres świadczenia usługi tj. 9500 osobodni w okresie 12 miesięcy.

nettozł

(Słownie:.....)

Stawka pod. VAT.....%, wartość pod. VAT.....zł

Cena ofertowa brutto.....zł

(Słownie:.....)

Oświadczam, że :

Wykonam zamówienie publiczne w terminie przez okres 12 miesięcy od daty obowiązywania umowy.

Termin płatności **30** dni

Reklamacje będą uwzględniane w terminie dni

Sposób zgłaszania i załatwiania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji

.....

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

•.....tel. kontaktowy, faks:

zakres odpowiedzialności:

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

.....
.....
.....
.....

Data i czytelny podpis wykonawcy lub osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy