|  |
| --- |
| *Pieczęć adresowa* *Wykonawcy* |

FORMULARZ OFERTOWY

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa**  |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **NIP** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

W odpowiedzi na zaproszenie Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego SP ZOZ w Krakowie do złożenia oferty w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie do 130 000 zł, w zakresie:

|  |
| --- |
| **Opracowanie Koncepcji architektoniczno-budowlanej i przestrzennej w ramach zadania inwestycyjnego dotyczącego budowy nowego budynku szpitalnego** |

niniejszym składam/y ofertę cenową na wykonanie przedmiotowego zamówienia zgodnie z warunkami w nim określonymi:

|  |
| --- |
| **Cena/wynagrodzenie brutto Wykonawcy za wykonanie całości przedmiotu zamówienia:** |
| **cyfrowo:**  |  |
| **słownie:** |  |
| Cena netto (kwota): |  |
| Podatek VAT (kwota):  |  |

Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym: nr ................………………………….................. ………………………………nazwa banku............................................................................................

1. Niniejsza oferta obowiązuje do dnia: 30 dni od daty złożenia oferty.
2. Oświadczam/y, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach ustalonych przez Zamawiającego, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam/y, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
4. Oświadczamy, że cena brutto oferty zawiera wszelkie koszty Wykonawcy, w szczególności koszty materiałów, sprzętu i robocizny.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis Wykonawcy