

.....  
/miejsowość, data wystawienia dokumentu/

## FORMULARZ OFERTY

Dla Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 Im dr Jana Bizuela w Bydgoszczy

### I. Wykonawca

1. Nazwa i adres :

.....

- a) REGON : .....
  - b) NIP: .....
  - c) Telefon : .....
  - d) Fax : .....
  - e) e-mail : .....
  - f) nr KRS lub innego dokumentu .....
- /podać posiadane aktualne dane/

2. Nazwa banku i numer konta, na które należy dokonać zapłaty:

.....

3. Stanowisko oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do zawarcia umowy:

.....

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi warunkami zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz :

- a) posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności będącej przedmiotem zamówienia,
- b) posiadamy wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i kadrowym niezbędnym do wykonania zamówienia,
- c) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- d) nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia

### II. Oferta:

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargowym do 130 000 Zł oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiot zamówienia w zakresie opisanym w SZ oświadczamy, że składamy ofertę na następujących warunkach

### **ŚWIADCZENIE USŁUG KURIERSKICH DLA SU NR 2 IM. BIZIELA W BYDGOSZCZY**

Wartość netto całości zamówienia (PLN):.....

VAT %: .....

Wartość brutto zamówienia (PLN): .....

(słownie.....)

*Proszę o wypełnienie tabeli szczegółowej wyceny zawierającej stawki jednostkowe:*

*Ilości przedstawione w tabeli są ilościami szacowanymi na 18 miesięcy świadczenia usługi - ustalonymi na podstawie ilości średniomiesięcznych. Wykonawca zobowiązany jest przyjąć do nadania inne ,niż wymienione wyżej przesyłki mogące wystąpić sporadycznie u Zamawiającego, w takim przypadku wykonawca zastosuje ceny jednostkowe wynikających z obowiązujących u Wykonawcy w dniu nadania cenników usług.*

## Formularz szczegółowy:

LP	Nazwa towaru/usługi	Ilość na 18 miesięcy (SZACUNEK)	Cena jednostkowa netto (PLN)	Stawka opłaty paliwowej (%) –aktualna na dzień składania oferty	VAT%	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F	G=(CXD)+E+F
<b>Przesyłki zawierające materiał medyczny (doręczenie następnego dnia w przedziale czasowym 12:00-14:00)</b>						
1	do 1 kg	180				
2	do 5 kg	15				
3	do 10 kg	1				
<b>Przesyłki zawierające materiał medyczny doręczenie następnego dnia do 10:00</b>						
4	do 1 kg	40				
5	do 5 kg	5				
6	do 10 kg	1				
<b>Przesyłki kurierskie Dokumentacja - doręczenie następnego dnia do 12:00</b>						
7	Do 1 kg	20				
<b>Przesyłki kurierskie– sprzęt medyczny, gospodarczy, informatyczny itp. doręczenie następnego dnia do 14:00</b>						
8	do 1 kg	150				
9	do 5 kg	100				
10	do 10 kg	50				
11	do 20 kg	50				
12	do 30 kg	50				
Pozostałe koszty / opłaty (ubezpieczenie, zwrot dokumentów, itp.) przy założeniu przewidywanego nakładu 500 zł przez okres obowiązywania umowy						500 zł
		X	X	X	SUMA	

**III. Warunki płatności: płatność przelewem w terminie, dni:**

W trybie miesięcznego rozliczenia usługi, przelewem w terminie ..... dni licząc od chwili wystawienia faktury (Zamawiający wymaga min. 21 dni terminu płatności).

**IV. Okres – termin wykonania zamówienia:**

18 miesięcy chyba że kwota którą Zamawiający przeznaczył do realizacji zamówienia zostanie wykorzystana przed okresem trwania umowy

**V. Posiadanie opcji jednolitego systemu – aplikacji , który pozwala na monitoring / śledzenie/ zamawianie przesyłek (wpisać TAK/NIE)**

.....  
**VI Wymóg – odbiór przesyłek z siedziby Zamawiającego w dni robocze od godziny 7:00 -15:00 zgodnie ze zleceniami zgłaszanymi w aplikacji udostępnionej przez firmę kurierską (WPISAC TAK/NIE) .....**

**Pouczenie, ważne:**

Formularz musi być wypełniony czytelnie , w języku polskim i podpisany przez osobę uprawnioną.

.....  
PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ