



Pieczęć adresowa Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa:

Siedziba:

Nr telefonu/faks:

Adres strony internetowej: Adres elektroniczny:

NIP REGON

W odpowiedzi na zapytanie Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie w prowadzonym postępowaniu – **Czyszczenie rynien, koszy i rur spustowych oraz czyszczaków na budynkach Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie znajdujących się przy ul. dr. J. Babińskiego 29, 30-393 Kraków, wskazanych w załączniku nr 2**

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

Wartość brutto: zł

Słownie:

w tym stawka należnego podatku VAT %

Wartość netto: zł

Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą:

.....

1. Niniejsza oferta obowiązuje do: 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, dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
4. Oświadczamy, że wynagrodzenie brutto oferty zawiera wszelkie koszty Wykonawcy, w szczególności koszty materiałów, dostawy, sprzętu i robocizny.

Kraków, dnia

.....
(Podpis i pieczęć Wykonawcy lub podpis elektroniczny)