

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.45.2017

 (nazwa albo imię i nazwisko wykonawcy lub wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie)

 (siedziba albo adres prowadzenia działalności)

 (tel./faks, e-mail)

OFERTA

Zgodnie z treścią ogłoszenia w postępowaniu prowadzonym w oparciu o Rozdział 6 ustawy Prawo zamówień publicznych pod nazwą:

Całodobowe świadczenie zdrowotne dla pacjentów Izby Wytzreźwień**1. Oferuję(my) wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:**

| | CENA BRUTTO za jedną roboczogodzinę | ILOŚĆ roboczogodzin | WARTOŚĆ BRUTTO |
|------|---|---------------------|-------------------|
| SUMA | | 8 760 | |

(Wartość oferty słownie:

.....)

2. Liczba lekarzy stanowiąca kryterium oceny ofert zgodnie z Załącznikiem nr 4

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w terminie: 12 miesięcy od daty podpisania umowy.

Akceptuję(emy) termin wykonania zamówienia określony w ogłoszeniu dotyczącym niniejszego postępowania.**Oświadczam(y), że:**

- załączony do ogłoszenia wzór umowy - ZAŁĄCZNIK NR 2, został przeze mnie (przez nas) zaakceptowany i zobowiązuję(emy) się w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- uważam(y) się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert;

Pozostałe oświadczenia:

- zapoznałem(liśmy) się ogłoszeniem i jego załącznikami dotyczącymi niniejszego postępowania i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem(liśmy) wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty;

Integralną część oferty stanowią:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

miejsowość, data

imię i nazwisko

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej