



ISO 9001  
ISO 14001  
PN-N 18001  
ISO 27001

**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY**  
**85-168 BYDGOSZCZ, UL. UJEJSKIEGO 75 tel. 52/36-55-799 fax. 52/370-05-31**

KONTO: Bank Zachodni WBK Bydgoszcz 10 1500 1360 1213 6001 9348 0000

NIP: 9532582266 REGON: 340517145

**FORMULARZ OFERTY**  
**08/AT/PP/2017**

**I. Wykonawca**

1. Nazwa i adres

.....  
.....

- a) NIP .....
- b) REGON .....
- c) Telefon .....
- d) Fax .....
- e) www .....
- f) E-mail .....
- g) województwo .....
- h) Nr KRS lub innego dokumentu .....

2. Firmy zagraniczne podają informację, czy mają siedzibę w Polsce, czy poza granicami:

.....

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

.....

4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od daty składania ofert.

5. Oświadczamy, że gwarantujemy niezmiennosc ceny przez okres obowiązywania umowy.

6. Oświadczamy, że nie znajdujemy się w sytuacji wykluczającej nas z uczestnictwa w postępowaniu.

7. Oświadczamy, że akceptujemy projekt umowy i zobowiązujemy się ją podpisać w czasie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

**II. Przedmiot zamówienia :**

.....  
.....

**III. Cena**

**1. Cena oferty za 24 miesiące – obejmująca wszystkie koszty związane z wykonaniem całości zamówienia**

a) netto ..... PLN

b) wartość VAT ..... PLN

**c) brutto ..... PLN**

**2. Cena jednorazowej usługi poszczególnych pozycji przedmiotu zamówienia :**

- a) ..... zł/ kwartalny nakład netto + VAT(.....%) = ..... zł brutto dla wykonania usługi określonej w ust. 1 przedmiotu zamówienia



**SZPITAL**  
**AKREDYTOWANY**



ISO 9001  
ISO 14001  
PN-N 18001  
ISO 27001

**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY**  
**85-168 BYDGOSZCZ, UL. UJEJSKIEGO 75 tel. 52/36-55-799 fax. 52/370-05-31**

KONTO: Bank Zachodni WBK Bydgoszcz 10 1500 1360 1213 6001 9348 0000

NIP: 9532582266 REGON: 340517145

**IV. Warunki płatności – płatność w formie przelew w terminie:**

30 dni

**V. Okres gwarancji na udzieloną usługę :**

min 6 miesięcy tj. ....

**VI. Okres wykonania całej umowy:**

Zgodnie ze SZ

**Pouczenie:**

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

Data: .....

-----  
Podpis i pieczęć osoby  
uprawnionej



SZPITAL  
AKREDYTOWANY

PRZEZ WIEDZĘ I DOŚWIADCZENIE DO ZDROWIA CHOREGO