

.....  
/ miejscowość, data wystawienia dokument/

**FORMULARZ OFERTY DLA SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO NR 2 IM. DR JANA BIZIELA  
W BYDGOSZCZY W POSTĘPOWANIU DO 30 000 EURO W TRYBIE PRZETARGU  
Nr ...../2020**

**I. Wykonawca**

1. Nazwa i adres

\_\_\_\_\_

a. NIP: \_\_\_\_\_ REGON : \_\_\_\_\_

b. Telefon : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

c. e-mail : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

4. Osoba do kontaktów w celu przyjęcia zamówienia (imię nazwisko tel.):

\_\_\_\_\_

5. Oświadczamy, iż :

- a) Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności będącej przedmiotem zamówienia,
- b) Posiadamy wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i kadrowym niezbędnym do prawidłowego wykonania zamówienia,
- c) Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- d) Akceptujemy warunki płatności i projekt umowy, zobowiązujemy się podpisać umowę w czasie i terminie wskazanym przez zamawiającego
- e) Zawarliśmy umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą obejmującą przedmiot niniejszej umowy i zobowiązany jest do kontynuowania tej umowy przez okres obowiązywania niniejszej umowy. Zobowiązujemy się do przekazania kopii ww. Umowy w dniu podpisania umowy
- f) Uważamy się za związanych z ofertą przez okres 45 dni od upływu terminu składania ofert  
Zaproponowane ceny będą stałe przez cały okres trwania umowy.
- g) Pod groźbą odpowiedzialności karnej załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert

## II. Oferta:

### TRANSPORT SANITARNY PACJENTÓW DLA SU NR 2 W BYDGOSZCZY NA WARUNKACH OPISANYCH W SZ, PRZEDMIOCIE ZAMÓWIENIA ORAZ PROJEKCIE UMOWY:

LP.	ZADANIE	JEDNO STKA	SZACUNKOW A IL. NA 12 MIESIĘCY	OFEROWANA STAWKA JEDNOSTKOWA ZŁ	RAZEM NETTO	VAT	RAZEM BRUTTO
		A	B	C	E=(AXB)	%	G=E+VAT
Zadanie nr 1							
1	TRANSPORT Z ZESPOŁEM SPECJALISTYCZNYM  W GRANICACH MIASTA BYDGOSZCZ	GODZI NA	8				
2	TRANSPORT Z ZESPOŁEM SPECJALISTYCZNYM  POZA GRANICAMI MIASTA BYDGOSZCZ	KM	3000				
Zadanie nr 2							
3	TRANSPORT Z ZESPOŁEM PODSTAWOWYM  W GRANICACH MIASTA BYDGOSZCZ	GODZI NA	100				
4	TRANSPORT Z ZESPOŁEM PODSTAWOWYM  POZA GRANICAMI MIASTA BYDGOSZCZ	KM	7000				
RAZEM							

Razem słownie (wartość oferty brutto)

.....  
.....zł

Cena musi być wyliczona do dwóch miejsc po przecinku.

Wartości godzin i km do postępowania podane w tabeli są wartościami szacunkowymi.

Dopuszcza się składanie ofert częściowych.

**III. Warunki płatności:** przelewem 60 dni , na zasadach opisanych w umowie.

#### **Pouczenie, ważne:**

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

Proszę nie modyfikować formularza

-----  
/pieczętka, podpis osoby uprawnionej /