

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

## Formularz ofertowy

### ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie

ul. Arkońska 4

71-455 Szczecin

NIP: 851-25-37-954

<http://www.spwsz.szczecin.pl>

tel. (91) 813 90 00, fax (91) 813 90 09

e-mail: [kancelaria@spwsz.szczecin.pl](mailto:kancelaria@spwsz.szczecin.pl)

### DANE WYKONAWCY:

Ja (My), niżej podpisany(-ni)

.....  
działając w imieniu i na rzecz :

.....  
(pełna nazwa Wykonawcy)

.....  
(adres siedziby Wykonawcy)

NIP: .....

Nr telefonu: .....

Nr faxu: .....

e-mail: .....

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące:

**„Dostosowanie pomieszczeń znajdujących się na parterze oraz w piwnicy w budynku laboratorium na laboratorium szpitalne oraz bank krwi przy ul. Alfreda Sokołowskiego 11 w Szczecinie” w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym przy ul. Arkońskiej 4 w Szczecinie, w granicach działki nr 2/10 obręb 4015.**

### **Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4

Centrala: 91 813 90 00

Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11

Centrala: 91 442 27 00, 91 442 72 13

Fax. 91 462 04 94

# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274



składam(-my) niniejszą ofertę na wykonanie przedmiotu określonego w zaproszeniu do złożenia ofert, z podziałem na zadania:

Oferuję(-jemy) wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem zawartym w zapytaniu ofertowym, za cenę dla poszczególnych zadań:

**Całkowita cena wynosi:**

.....zł netto, ..... zł brutto

/słownie: ..... złotych brutto/.

Oferujemy realizację przedmiotu niniejszego zamówienia w terminie ..... dni licząc od dnia podpisania umowy (z wyłączeniem czasu potrzebnego na otrzymanie decyzji, opinii oraz pozwoleń potrzebnych do uruchomienia laboratorium i banku krwi, bądź dostarczenia do Zamawiającego potwierdzenia złożenia wniosku o wydanie decyzji lub postanowienia).

1. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z treścią zapytania ofertowego, przyjmuję(-my) warunki w nim zawarte i nie wnoszę(-imy) do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam(-my), że jestem(-śmy) związany(-ni) niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam(-my), że wyrażam(-my) zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych na potrzeby niniejszego postępowania prowadzonego na podstawie zapytania ofertowego w szczególności zgoda dotyczy podania mojego/naszych imienia/imion i nazwiska/nazwisk do publicznej wiadomości gdy moja/nasza oferta zostanie wybrana.

Jestem(-śmy) świadomy(-i), że na podstawie art. 305§ 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, udaremnia lub utrudnia przetarg publiczny albo wchodzi w porozumienie z inną osobą działając na szkodę właściciela mienia albo osoby lub instytucji, na rzecz której przetarg jest dokonywany, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis osoby / osób uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

**Lokalizacja:** 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 27 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94