

(pieczęć Wykonawcy)

## FORMULARZ OFERTOWY

- Zadanie 2:  
usługa transportu pacjentów z lokalizacji SPWSZ Arkońska
  
- Zadanie 1:  
usługa transportu pacjentów z lokalizacji SPWSZ Zdunowo

### **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

### **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 Zaprośzenie do składania ofert **AG.220.55.2017.MS**

**składam(-my) niniejszą ofertę:**

Usługa transportu pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie po zakończonym procesie leczenia – AG.220.55.2017.MS

**Zadanie 1:** usługa transportu pacjentów z lokalizacji SPWSZ Arkońska

Oferuję(-jemy) wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w zapytaniu ofertowym:

Kolumna 1	Kolumna 2	Kolumna 3	Kolumna 4	Kolumna 5	Kolumna 6	Kolumna 7
Z lokalizacji SPWSZ Arkońska	cena jednostkowa przewozu [zł]			szacunkowa ilość przewozów w okresie zamówienia	wartość usługi [zł]	
w obrębie lewobrzeża	netto	brutto	VAT (%)		netto (kol. 2 x kol. 5)	brutto (kol. 3 x kol. 5)
	.....	.....	.....	1825	.....	.....
na prawobrzeże	netto	brutto	VAT (%)		netto (kol. 2 x kol. 5)	brutto (kol. 3 x kol. 5)
	.....	.....	.....	730	.....	.....
<b>SUMA</b>					.....	.....

za cenę łączną (SUMA – wartość końcowa z kol. 6 i kol. 7):

..... zł netto (słownie złotych: .....)

..... zł brutto (słownie złotych: .....)

nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług w kraju Zamawiającego (dotyczy Wykonawców mających siedzibę poza RP)

Cena określona powyżej ma charakter ryczałtowy i obejmuje wszystkie koszty związane z kompletnym wykonaniem przedmiotu zapytania ofertowego oraz będzie ceną niezmienną do końca jego realizacji.

**Zadanie 2:** usługa transportu pacjentów z lokalizacji SPWSZ Zdunowo

Oferuję(-jemy) wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w zapytaniu ofertowym:

Kolumna 1	Kolumna 2	Kolumna 3	Kolumna 4	Kolumna 5	Kolumna 6	Kolumna 7
Z lokalizacji SPWSZ Zdunowo	cena jednostkowa przewozu [zł]			szacunkowa ilość przewozów w okresie zamówienia	wartość usługi [zł]	
na lewobrzeże	netto	brutto	VAT (%)	365	netto (kol. 2 x kol. 5)	brutto (kol. 3 x kol. 5)
	.....	.....	.....		.....	.....
w obrębie prawobrzeża	netto	brutto	VAT (%)	1095	netto (kol. 2 x kol. 5)	brutto (kol. 3 x kol. 5)
	.....	.....	.....		.....	.....
<b>SUMA</b>					.....	.....

za cenę łączną (**SUMA – wartość końcowa z kol. 6 i kol. 7**):

..... zł netto (słownie złotych: .....)

..... zł brutto (słownie złotych: .....)

nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług w kraju Zamawiającego (dotyczy Wykonawców mających siedzibę poza RP)

Cena określona powyżej ma charakter ryczałtowy i obejmuje wszystkie koszty związane z kompletnym wykonaniem przedmiotu zapytania ofertowego oraz będzie ceną niezmienną do końca jego realizacji.

**Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest :** .....

(imię i nazwisko – stanowisko)

**Osobą odpowiedzialną za realizację umowy i upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym ze strony Wykonawcy**

**jest:** ..... **tel. kont.** .....

(imię i nazwisko – stanowisko)

**Do oferty dołączam(-my):**

1. Odpis z właściwego rejestru
2. ....
3. ....

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam(-my), że przedmiot zapytania ofertowego zostanie wykonany we wskazanym w zapytaniu ofertowym terminie.
2. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z treścią zapytania ofertowego, przyjmuję(-emy) warunki w nim zawarte i nie wnoszę(-imy) do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam(-y), że jestem(-śmy) zdolni do realizacji przedmiotu zapytania ofertowego.
4. Wyrażam(-y) zgodę na sposób i termin zapłaty wynagrodzenia na warunkach wskazanych w zapytaniu ofertowym, na podstawie faktury VAT, przelewem na wskazany przeze mnie (nas) rachunek, w terminie określonym w formularzu ofertowym, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury Zamawiającemu.
5. Oświadczam(-my), że jestem(-śmy) związany(-ni) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

*Jestem(-śmy) świadomy(-i), że na podstawie art. 305 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2016r., poz. 1137 t.j.) 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 wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)