# Załącznik Nr 1

***Oznaczenie sprawy*: 29/ZP/2017**

................................, dnia .................... 2017 r.

*(miejscowość) (data)*

**OFERTA**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

**w trybie przetargu nieograniczonego**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zespół Opieki Zdrowotnej**

**w Proszowicach**

**ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice**

**Nazwa zamówienia:**

Modernizacja i remont trzech sal łóżkowych w celu utworzenia czterostanowiskowej sali nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w Oddziale Pulmonologii SP ZOZ

w Proszowicach wg projektu

**Wykonawca:**

*(należy wpisać pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ f**aks:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)***:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Składając ofertę na wykonanie modernizacji i robót remontowych trzech sal łóżkowych w celu utworzenia czterostanowiskowej sali nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w Oddziale Pulmonologii SP ZOZ **w Proszowicach** , oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy stanowiącym Załącznik 6 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, które niniejszym akceptuję,

za cenę brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł)

w tym podatek od towarów i usług (VAT)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

Termin wykonania zamówienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni (słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni)

Okres rękojmi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lat (słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lat)

**Oświadczam**, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego w części IX Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

**Oświadczam**, że udzielam gwarancji na **okres ……………….. lat** od daty odbioru końcowego przedmiotu umowy.

**Powierzę podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia** *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców***)**:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty będzie/nie będzie\* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wartość usługi bez kwoty podatku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**zł**.

Wykonawca jest mikro, małym, średnim przedsiębiorcą – tak/nie\*

*(czytelny podpis lub podpis i pieczęć imienna)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie”