**Nr sprawy** **DISNI.2240.15.R…….2025.DKS** Data: ……………

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  | | |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  | | |
| Województwo |  | | |
| NIP |  | REGON |  |
| Osoba do kontaktu | Imię i nazwisko:  Telefon/fax:  e-mail: | | |

**Do Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie**

**ul. Marii Orwid 11**

**30-688 Kraków**

1. Dotyczy oferty dla zadania pn.:

**„Wykonanie projektu osłon radiologicznych dla pomieszczenia B.DO.0.41A Pracownia Tomografii Komputerowej zlokalizowanego w budynku B Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przy ulicy Jakubowskiego 2 celem instalacji tomografu komputerowego”**

Wycena całości zadania zgodnie z otrzymanym zakresem prac.

**Cena**

**Netto ………………………**

**VAT ……% ………………………**

**Cena (brutto): ………………………**

2. Oświadczamy, że udzielimy pisemnej gwarancji na wykonane prace na okres ……. miesięcy (minimum 36 miesięcy).

3. Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w terminie **5 dni roboczych od daty podpisania zlecenia.**

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przekazanymi dokumentami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz, że przedstawiono nam charakter prac do wykonania jak również uzyskaliśmy wszystkie informacje konieczne do przygotowania i złożenia oferty.

5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni.

6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy stosowne zlecenie wykonania prac.

7. Oświadczamy, że akceptujemy **termin płatności** **60 dni** liczony od daty wpływu faktury do siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

………………………….……………………

*Podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*