Nr sprawy: **DISNI.2240.14.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**

Dotyczy zapytania ofertowego na wykonanie zadania pn.:

**„Wykonanie renowacji wykładziny PCV w budynku A na poziomie +2”**

Wycena całości zadania zgodnie z otrzymanym zakresem prac

**Cena netto: ………………………**

**VAT ……% ………………………**

**Cena brutto: ………………………**

1. Oświadczamy, że udzielimy pisemnej gwarancji na wykonane prace na okres ……. miesięcy (minimum 24 miesięcy).
2. Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w terminie: **do 30 dni od podpisania zlecenia**
3. 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.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy umowę.
6. Oświadczamy, że akceptujemy termin płatności – 60 dni od daty złożenia faktury w siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

………………………………….……………………

*Podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*