**FORMULARZ OFERTY**

**Do zapytania ofertowego WSZ-EP-2/ZO/2019**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

**Osoba do kontaktu w sprawie oferty:**

**…………………………………………. .tel………………………. email……………………………..**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące: Bieżącej konserwacji dźwigów znajdujących się w obiektach Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im.dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

1. Oferujemy wykonanie zamówienia

za cenę………………………………………………………………………………...… ..złotych /netto/

+ ...........................................................................................................................złotych / podatek VAT/ RAZEM: .......................................................................................................................... złotych /brutto/

1. Całkowity zakres usług będący przedmiotem zamówienia został opisany w zapytaniu ofertowym WSZ-EP-2/ZO/2019 w załącznikach 1,3, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.
2. Oświadczamy, że oferta ważna jest do momentu podpisania umowy.
3. Oświadczam, że w okresie obowiązywania umowy udzielamy gwarancji stałego utrzymania cen.
4. Przyjęliśmy następujące warunki płatności: płatność przelewem do 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego poprawnie sporządzonej faktury.
5. Oświadczamy, że posiadamy stosowne uprawnienia do konserwacji urządzeń dźwigowych oraz prac przy urządzeniach elektrycznych do 1 kV
6. Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

3/……………………………………………………………….

1. Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

 Podpis i pieczęć osoby sporządzającej

 ...........................................................

……………………………………….

Pieczęć adresowa wykonawcy

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykaz dźwigów zainstalowanych w budynkach Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Numer szpitalny | Producent | Numer ewidencyjny | Udźwig (kg) | Liczba przystanków | a cena miesięczna netto zł | VAT % i zł | cena miesięczna brutto zł | cena netto (zł) za cały okres trwania umowy  | Cena brutto (zł) za cały okres trwania umowy |  |
| **ul. Wyszyńskiego 1** |  |  |  |
| 1 | 1 | Bolęcin | N3117001217 | 1350 kg | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 2 | Pilawa | N3117001128 | 630 kg | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3 | Pilawa | N3117001130 | 630 kg | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4 | Pilawa | N3117000780 | 1650 kg | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 5 | Bolęcin | N3117001202 | 450 kg | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 6 | ZUD Warszawa | N3117000006 | 1000 kg | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 7 | ZUD W-wa towarowy | N3117000494 | 200 kg | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 8 | ZUD W-wa towarowy | N3117000495 | 200 kg | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **ul. Szpitalna 45** |  |  |  |
| 9 | D 1 | ZUD Warszawa | N3117000218 | 1000 kg | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | B 2 | IGV | N3117000348 | 1600 kg | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | B 3 | IGV | N3117000356 | 400 kg | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | B 4 | IGV | N3117000357 | 800 kg | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | B 5 | IGV | N3117000347 | 1600 kg | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | C 6 | Windpol | N3117000742 | 630 kg | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | C 7 | Windpol | N3117000743 | 1600 kg | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | E 8 | Hydromach | N3117000798 | 1600 kg | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | E 9 | Hydromach | N3117000799 | 1600 kg | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | E 10 | Hydromach | N3117000801 | 1600 kg | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | E 11 | Hydromach | N3117000800 | 1600 kg | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | A 13 | Hydromach podest | N3117000310 | 400 kg | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | C 14 | Hydromach podest | N3117000311 | 400 kg |   |  |  |  |  |  |  |
| 22 | A 15 | Prolift | N3117001014 | 1000 kg | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | E 12 | Columbus McKINNON podest  | N9517000435  | 2000 kg |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   | **RAZEM** |   |   |   |  |  |  |

1. Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość…………............,data.......................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej………………………………………….. |