## Ozn. postępowania 03/2019

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia z dnia 12 września 2019 r., ogłoszonego na stronie internetowej www.szpital-msw.bydgoszcz.pl na wykonanie wniosku o dofinansowanie w ramachProgramu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 - 2020, oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych, dla zadania p.n. „**Poprawa jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia i oddechowego poprzez przebudowę Oddziału Kardiologii z pododdziałem chorób wewnętrznych wraz z doposażeniem w sprzęt i wyposażenie medyczne oraz w zakresie chorób nowotworowych układu moczowo- płciowego i pokarmowego poprzez zakup sprzętu i wyposażenia medycznego” .”** – nr postępowania 03/2019,

niżej podpisani działając w imieniu i na rzecz:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna Nazwa Wykonawcy** |  | | |
| **Adres, siedziba** |  | | |
| **REGON** | | | **NIP** |
| **Nr telefonu** | | | **e-mail** |
| **Imię Nazwisko i Nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktów** | |  | |

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem i warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym **za ryczałtową cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wartość netto** | **Podatek VAT** | | **Wartość brutto [PLN]** |
| **Stawka** | **Wartość** |
| **1** | **2** | **3 = 1 x 2** | **4 = 1 + 3** |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że oferowana usługa jest zgodna z wymaganiami wskazanymi w zapytaniu nr 03/2019.

Termin ważności oferty do 30.09.2019 r.

…………………………………………… ……………………………………………

Miejscowość i data (podpis i pieczęć osoby/osób

upoważnionych do składania ofert

w imieniu Oferenta)