



Załącznik nr 1

.....
(pieczęć firmowa)



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE - WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
68 347 000,00 ZŁ

Formularz oferty

Nazwa Oferenta:

Adres:

Regon:

NIP:

telefon:.....fax:

e-mail.....

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na „zapewnienie przeglądów serwisowych elektronicznego systemu zabezpieczeń i ochrony przeciwpożarowej SAP w obiektach szpitalnych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. przy ul. Szpitalnej 1 i ul. Zegadłowicza 3.” oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w zaproszeniu i jego załącznikach w kwocie:

	Koszt netto jednorazowego przeglądu (a)	Ilość przeglądów w okresie obowiązywa nia umowy (b)	Koszt całkowity netto (a x b) = c	Podatek VAT % (d)	Koszt całkowity brutto c + (c x d) = e
	zł		zł	zł	zł
ul.Szpitalna		8			
ul.Zegadłowicza		8			
RAZEM					

Koszt jednej roboczogodziny z tytułu wykonania ewentualnych napraw systemu wynosi:

netto:.....+ VAT tj..... = brutto.....
(słownie brutto:.....)

Oświadczamy, że:

- Zobowiązujemy się do realizacji przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zaproszeniu i w umowie.
- Akceptujemy termin płatności tj. 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zaproszeniem oraz jego załącznikami i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI
sp. z o.o.

3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z niniejszą ofertą na czas wskazany w zaproszeniu tj. przez okres 60 dni, licząc od terminu składania ofert.

4. W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy, której wzór stanowi załącznik do zaproszenia w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE - WSCHÓD
W KATOWICACH
MIDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
68 347 000,00 ZŁ

Data:

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)