



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1
im. prof. Tadeusza Sokołowskiego
POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
71-252 Szczecin ul. Unii Lubelskiej 1



e-mail: szpital@usk1.szczecin.pl

www.usk1.szczecin.pl

Dyrektor Naczelny	(091) 425-30-02	Pielęgniarka Naczelna	(091) 425-30-06
Z-ca d/s Lecznictwa	(091) 425-30-04	Z-ca Piel. Naczelnej (Police)	(091) 425-38-18
Z-ca d/s Ekonomiczno-Finansowych	(091) 425-30-05	Centrala	(091) 425-30-00
Z-ca d/s Administracyjnych	(091) 425-05-03	Sekretariat fax (Szczecin)	(091) 425-30-01
Z-ca d/s Eksploatacyjno-Technicznych	(091) 425-30-03	Sekretariat /fax (Police)	(091) 425-38-10/12

Szczecin, dn. r.

ZAŁĄCZNIK NR 4 – FORMULARZ OFERTY

Wykonawca:

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

Adres Wykonawcy :

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

NIP:

REGON:

Adres email:

Numer telefonu:

W odpowiedzi na zapytanie o cenę dla opracowania dokumentacji projektowo-kosztorysowej dla zadania:
„Przebudowa pomieszczeń szpitalnych dla potrzeb Pracowni Rezonansu Magnetycznego wraz z
pomieszczeniami towarzyszącymi zlokalizowanymi w segmencie H budynku głównego szpitala przy ul. Unii
Lubelskiej 1 w Szczecinie” przedstawiam ofertę cenową.



1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę ryczałtową:

Wartość netto:

Słownie:

* suma kwot netto z ppkt a) i b)

Wartość brutto:

Słownie:

* suma kwot brutto z ppkt a) i b)

W tym:

- a) za opracowanie dokumentacji projektowo – kosztorysowej z uzyskaniem Decyzji o pozwoleniu na budowę (jeżeli będzie wymagana), w wysokości:.....zł netto plus podatek VAT (23%), co stanowi kwotę brutto
 - b) za sprawowanie nadzoru autorskiego, w wysokości:.....zł netto plus podatek VAT (23%), co stanowi kwotę brutto.....
2. Termin realizacji zamówienia wynosi min. 60 dni, max 90 dni kalendarzowych od daty podpisania umowy.
 3. Termin złożenia kompletnej dokumentacji budowlanej do Urzędu Adm. Bud., w celu uzyskania decyzji pozwolenia na budowę (jeżeli będzie wymagana) wynosi: min. 30 dni kalendarzowych, max 40 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy.
 4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Opisem Przedmiotu Zamówienia i warunkami zapytania i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty zapewniającej pełne i prawidłowe wykonanie przedmiotu zamówienia.
 5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą na czas niezbędny do podpisania umowy.
 6. Oświadczamy, że zawarte w zapytaniu i w projekcie umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 7. Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w zapytaniu, zrealizowaliśmy co następujące usługi, potwierdzające naszą zdolność techniczną do realizacji dokumentacji projektowo-kosztorysowej.

Lp.	Nazwa Wykonawcy lub podmiotu wykazującego doświadczenie	Przedmiot umowy (zakres w odniesieniu do warunku opisanego w zapytaniu)*	Daty wykonania (od dnia do dnia)	Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana (Nazwa podmiotu, adres siedziby, numer kontaktowy)
1				

Do wykazu dołączam dowody określające że ww. usługi zostały wykonane należycie.

8. Oświadczam, że w wykonywaniu zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby:

L.p.	Imię i nazwisko	Zakres czynności wykonywanych przy realizacji zamówienia	Posiadane uprawnienia wraz z nr uprawnień	numer członkowski przynależności do właściwej Izby	Doświadczenie w zakresie wykonywania dokumentacji projektowej podane w latach
1					
2					
3					
4					
5					
6					

9. Oświadczam(my), że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienie (wymienione w tabeli powyżej) skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego posiadają wymagane uprawnienia i przynależą do właściwej Izby.

10. Oświadczam, że wyrażam zgodę na warunki płatności określone w treści zapytania ofertowego.

.....
Podpis osoby upoważnionej

KZ