

**FORMULARZ OFERTY**

**Do:**  
**Samodzielny Publiczny**  
**Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie**  
**ul. Szpitalna 7**  
**63-600 Kępno**

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Adres do korespondencji: jeśli jest inny niż podany wyżej).....

Numer telefonu: ..... Numer Faksu: ..... Adres e-mail: .....NIP ..... REGON.....

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe, którego przedmiotem zamówienia jest:

**„Wykonywanie napraw pojazdów samochodowych będących w posiadaniu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie”:**

**Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę i na warunkach:**

- **cena roboczogodziny - .....zł brutto** (słownie: .....)
- **czas wykonania usługi - ..... dni**
- **okres gwarancji na wykonana usługę - ..... miesiące**

2. Zobowiązujemy się wykonać niniejsze zamówienie zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia zawartymi w zapytaniu ofertowym nr SP ZOZ ZP/46BU/2022 – sukcesywnie przez okres 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
3. Termin płatności: 60 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT. Szczegółowy sposób rozliczeń finansowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym został określony we wzorze umowy – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.
4. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Uważam(y) się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
6. Oświadczam(y), że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym SP ZOZ ZP/46BU/2022 udostępnionym przez Zamawiającego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
7. Oświadczam(y), że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności umowy i zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia.
8. Oświadczam(my), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu

9. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszej oferty należy kierować do:

Imię i nazwisko .....Telefon .....Adres e-mail .....

10. Zapewniamy niezmiennosc cen netto przez okres obowiazywania umowy.

11. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiazujemy sie do zawarcia umowy na wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiajacego.

12. Upowazniamy Samodzielny Publiczny Zaklad Opieki Zdrowotnej w Kępnie lub jego upelnomocnionych przedstawicieli do przeprowadzenia wszelkich badan majacych na celu sprawdzenie oswiadczen, dokumentow i przedlozonych informacji.

13. Uslugi będace przedmiotem zamowienia wykonamy sami\*/ z udzialem podwykonawcow\*  
Powierzymy podwykonawcy wykonanie nastepujacej czesci zamowienia.....  
....., o nastepujacej wartosci kazdej powierzzonej czesci zamowienia .....PLN  
(\*wypelnic w przypadku udzialu podwykonawcow).

14. Pod grozba odpowiedzialnosci karnej zalaczone do Oferty dokumenty opisuja stan prawny i faktyczny, aktualny na dzien otwarcia ofert (art. 233K.K.

15. Do oferty zalaczamy nastepujace oswiadczenia i dokumenty:

1).....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

..... , .....,  
(miejscowosc) (Data)

.....  
(Imie i nazwisko oraz podpis osoby/ osob wpisanych  
w rejestrach , uprawnionych do zaciagania zobowiazan  
w imieniu oferenta)