# FORMULARZ „OFERTA”

Pieczęć Wykonawcy

**Zamawiający**

SP ZOZ MSWiA w Gdańsku

ul. Kartuska 4/6

80-104 Gdańsk

OFERTA

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na roboty budowlane pn. „Przebudowa Oddziału Chirurgii SP ZOZ MSWIA w Gdańsku”:

My niżej podpisani: …………........................................................................................................................................

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

działający w imieniu i na rzecz ………………………………………………………………………..……………………….………………………..

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

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

(należy podać pełną nazwę Wykonawcy i adres)

NIP: ……………........................................ REGON: .....................................................

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z zapisami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę brutto: ................................................ PLN, słownie: …………………………………...

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

w tym kwota podatku VAT wynosi ..................................................... PLN.

Oferowany termin realizacji: …… m-cy (min. 5, max. 7)

Oferowany okres gwarancji na roboty budowlane: ………… m-cy (min. 36, max. 60)

Oświadczamy, że:

* 1. zapoznaliśmy się z warunkami określonymi przez Zamawiającego w SIWZ, nie wnosimy do jej treści zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania,
  2. uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia,
  3. Zamawiający umożliwił przeprowadzenie wizji lokalnej obiektu szpitala celem zapoznania się   
     z specyfiką wykonywania zamówienia w czynnym zakładzie służby zdrowia,
  4. zapoznaliśmy się z postanowieniami projektu umowy, która stanowi załącznik nr 8 do SIWZ; akceptujemy je i nie wnosimy zastrzeżeń. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
  5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
  6. zamówienie wykonamy z najwyższą starannością, zgodnie z przyjętą w ofercie technologią, zasadami wiedzy technicznej, obowiązującymi normami oraz przepisami prawa,
  7. zamówienie zrealizujemy:

1. siłami własnymi.\*
2. siłami własnymi i przy pomocy następujących podwykonawców w następującym zakresie (wskazać nazwę i dane adresowe podwykonawcy, zakres powierzonych mu zadań, dane kontaktowe osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia)\*:

………………………………...……………………………………………………………………………………………..………

………………………………...……………………………………………………………………………………………..………

………………………………...……………………………………………………………………………………………..………

1. siłami własnymi i przy pomocy podwykonawców, na których zasoby powołujemy się w ofercie, w następującym zakresie (wskazać zakres oraz nazwę podwykonawcy)\*:

………………………………...……………………………………………………………………………………………..………

………………………………...……………………………………………………………………………………………..………

………………………………...……………………………………………………………………………………………..………

* 1. akceptujemy warunki płatności przedstawione we wzorze umowy,
  2. tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, które nie mogą być udostępniane stanowią informacje zawarte w ofercie na stronach nr: ……………………
  3. Przedstawione w ofercie ceny nie stanowią cen dumpingowych i złożenie oferty nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji,
  4. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku, ul. Kartuska 4/6, 80-104 Gdańsk. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie w celu uczestniczenia w procesie zamówień publicznych realizowanych przez Zamawiającego i mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Oferta zawiera łącznie ............ stron ponumerowanych.

Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

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

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

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

Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję:

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

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym: …………………..………………………………………………………………….

numer telefonu: .....................................................................

numer faksu: ..........................................................................

e-mail: .....................................................................................

\* niepotrzebne skreślić

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2018 r. ……………....................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka/pieczątki