

ZAŁĄCZNIK NR 1 - wzór

FORMULARZ OFERTY

UWAGA ! - WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE WYKONAWCA

Szpital Wojewódzki Nr 2
35-301 Rzeszów
ul. Lwowska 60

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

.....

tel./fax

Regon..... NIP.....

adres e-mail

Niniejszym przedkładamy naszą ofertę w przetargu nieograniczonym na usługę utrzymania czystości w pomieszczeniach Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie oraz usługę transportu

I. Cena

Cena brutto oferty wynosi:zł
(słownie:))

Powyższa cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia

II. Okres stałości ceny (podać w miesiącach jednak nie dłuższy niż okres na jaki ma być zawarta umowa)

Okres stałości ceny z uwzględnieniem wymaganego minimum 12 miesięcy wynosić będzie
miesiące od daty podpisania umowy.

III. Jednocześnie oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz projektem umowy, nie wnosimy zastrzeżeń i wyrażamy gotowość przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia.

IV. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zostanie wykonany zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w Załącznikach:

Tabele organizacyjne

– załącznik nr 2

Wymagana obsada

– załącznik nr 3A,3B

Określenie przedmiotu zamówienia - załącznik nr 4
Wykaz środków czystości - załącznik nr 5
Wykaz środków do dezynfekcji powierzchni - załącznik nr 6

Za należyte wykonanie umowy ze strony Wykonawcy odpowiedzialny jest:

..... nr telefonu
..... nr telefonu

V. Do oferty dołączamy następujące załączniki:

- 1.....zał. nr
- 2.....zał. nr
- 3.....zał. nr
- 4.....zał. nr
- 5.....zał. nr
- 6.....zał. nr
- 7.....zał. nr
- 8.....zał. nr
- 9.....zał. nr
- 10.....zał. nr
- 11.....zał. nr
- 12.....zał. nr

.....
Data

.....
Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 1A do SIWZ

Formularz cenowy- wzór

Lp.	Wyszczególnienie	Wartość miesięczna usługi brutto zł	Ilość miesięcy realizacji umowy	Wartość brutto zł na okres 36 m-cy
1	2	3	4	5
1.	Usługa utrzymania czystości w pomieszczeniach Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie wraz z czynnościami pomocniczymi przy pacjencie i transportem		36	
RAZEM		xxx	xxx	

.....
Data

.....
Podpis Wykonawcy