**Nr sprawy** **DISNI.2240.1.R…….2024.UP** Data: ……………

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  | | |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  | | |
| Województwo |  | | |
| NIP |  | REGON |  |
| Osoba do kontaktu | Imię i nazwisko:  Telefon/fax:  e-mail: | | |

**Do Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie**

**ul. Kopernika 36**

**31-501 Kraków**

1. Dotyczy oferty dla zadania pn.:

**Wymiana 2 szt. drzwi dwuskrzydłowych na automatyczny liniowy system drzwi przesuwnych   
w wersji ewakuacyjnej w wejściach na Oddziały budynku H, poziom+3** (**między korytarzem E.3.01D a oddziałem H.3.03D oraz korytarzem E.3.01D a oddziałem H.3.32D) w**  **NSSU   
przy ul. Jakubowskiego 2 w Krakowie.**

Wycena całości zadania zgodnie z otrzymanym zakresem prac.

**Cena**

**Netto ………………………**

**VAT ……% ………………………**

**Cena (brutto): ………………………**

2. Oświadczamy, że udzielimy pisemnej gwarancji na wykonane prace na okres …….. miesięcy. (min.24 miesiące). Ponadto w okresie gwarancji będziemy realizować nieodpłatnie wszelkie niezbędne przeglądy konieczne do utrzymania gwarancji wynikające z dokumentacji techniczno ruchowej przedmiotu zamówienia.

3. Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w terminie **5 tygodni od dnia przekazania frontu robót.**

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przekazanymi dokumentami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz, że przedstawiono nam charakter prac do wykonania jak również uzyskaliśmy wszystkie informacje konieczne do przygotowania i złożenia oferty.

5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni.

6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy umowę.

7. Oświadczamy, że akceptujemy **termin płatności** **60 dni** liczony od daty wpływu faktury do siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

………………………….……………………

*Podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*