

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: PBO PEDBUD Sp. z o. o. Sp. k.

Siedziba: 11-041 Olsztyn, Gutkowo 49 Województwo warmińsko-mazurskie

Adres poczty elektronicznej: oferty@pedbud.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (..) tel. kom 885 250 025

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 380873044

Numer NIP: 5842775046

Nr rachunku rozliczeniowego 36 1140 1111 0000 4850 2400 1001

Godziny urzędowania 7-15

Jestem: ~~osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą~~ - nie prowadzącą działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-72PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena ryczałtowa oferty

Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
2030206,29	466947,45	23	2497153,74

4. Oświadczam, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres

4.4 Termin gwarancji na wykonaną robotę budowlaną wynosi 60 miesięcy.**(Wpisać deklarowany termin. Brak wpisu powodować będzie uznanie udzielenia gwarancji na minimalny okres tj. 36 m-cy)****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Ptryk Trochimiuk tel. kontaktowy 885 250 025 mail: oferty@pedbud.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Ptryk Trochimiuk tel. kontaktowy 885 250 025 mail, : oferty@pedbud.pl

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

SZP-332-72PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie