

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: Medicus Sp. z o.o.

Siedziba: pl. Strzelecki 24, 50-224 Wrocław województwo: dolnośląskie

Adres poczty elektronicznej: ws@medicus.com.pl

Strona internetowa: www.medicus.com.pl

Numer telefonu: 71 3472100 tel. kom.*

Numer faksu: 71 3472111

Numer REGON: 930957985

Numer NIP: 8961017023

Nr rachunku rozliczeniowego Santander Bank Polska S.A. 22 1090 2590 0000 0001 3183 4435

Godziny urzędowania 8-16

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ ~~nie prowadząca 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-332-102PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	630 000,00 zł	50 400,00 zł	8%	680 400,00 zł

Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/

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 713472111, Plac Strzelecki 24, 50-224 Wrocław

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Agata Tekiela-Sehrawat tel. kontaktowy 71 3472038 mail: ws@medicus.com.pl

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

Agata Tekiela-Sehrawat tel. Kontaktowy 71 3472038 mail, : ws@medicus.com.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