

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Konsorcjum firm: Zakład Usług Inwestycyjnych Inwest-Serwis Wojciech Grochowski (lider), Inwest-Serwis Sp. z o.o. (partner)

Siedziba: ul. Polna 19, 10-086 Olsztyn Województwo warmińsko-mazurskie

Adres poczty elektronicznej: biuro@inwest-serwis.com.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: (89) 527 78 19 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (.....)

Numer REGON: 511001018 lider, 0000442738 partner

Numer NIP: 7390106163 lider, 7393857415 partner

Nr rachunku rozliczeniowego 42 1020 3541 0000 5302 0011 7424

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-332-12PN-2022, 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
1.683.600,00	387.228,00	23	2.070.828,00

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 biuro@inwest-serwis.com.pl; ul. Polna 19, 10-086 Olsztyn.

4.4 Termin gwarancji na wykonaną robotę budowlaną wynosić będzie48..... 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 :

ŁUKASZ GROCHOWSKI tel. Kontaktowy 89 527 78 18 mail: biuro@inwest-serwis.com.pl

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

ŁUKASZ GROCHOWSKI tel. Kontaktowy 89 527 78 18 mail: biuro@inwest-serwis.com.pl

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

Nazwisko, imię GROCHOWSKI ŁUKASZ

Stanowisko PEŁNOMOCNIK

Telefon 89 527 78 19 Fax

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

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

7.1 Oświadczamy, że zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie

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: tel. kom. 885 250 0215*

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 380873044

Numer NIP: 5842775046

Nr rachunku rozliczeniowego 36

Godziny urzędowania

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-332-12PN-2022, 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
1 770 319,24 zł	768 346,85 zł	23	2 177 492,67 zł

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 wynosić będzie 48 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 :

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

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

.....tel. kontaktowy..... mail, :

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-332-12PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie