

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: WAMA SOFT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Siedziba: 10-683 Olsztyn, ul. W. Trylińskiego 10 lok 12,13 Województwo Warmińsko-Mazurskie

Adres poczty elektronicznej: kontakt@wamasoft.pl

Strona internetowa: www.wamasoft.pl

Numer telefonu: 0 ( 89 ) 6120923 tel. kom. 500075094.\*

Numer faksu: -----.

Numer REGON: 281605774

Numer NIP: 7393868399

Nr rachunku rozliczeniowego : 90 1020 3541 0000 5402 0235 2458

Godziny urzędowania 8.00 -16.00

**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-332-04PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

#### 3.1 Cena ryczałtowa oferty

Zakres	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	VAT %	Cena brutto zł
A	222 973,00	51 283,79	23 %	274 256,79
B	372 000,00	85 560,00	23 %	457 560,00
Razem	594 973,00	136 843,79	23 %	731 816,79

*(Ze względu na różne źródła finansowania inwestycji, wymagane jest podanie ceny za każdy z 3 elementów zamówienia oddzielnie)*

### 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 089 6120626

### 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Rafał Dobrowolski tel. Kontaktowy 500 075 094 mail: r.dobrowolski@wamasoft.pl

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

Rafał Dobrowolski tel. Kontaktowy 500 075 094 mail: r.dobrowolski@wamasoft.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

**SZP-332-04PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie**