

FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY

W postępowaniu o wartości szacunkowej nieprzekraczającej równowartości kwoty 130 000 zł prowadzonym w trybie rozeznania rynku.

I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO

Nazwa zamawiającego: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzozowie
 Adres zamawiającego: ul. Ks.J. Bielawskiego 16
 Kod. Miejscowość: 36-200 Brzozów
 Telefon: 13 43 43 485
 Faks: 13 30 61 491
 Adres strony internetowej: www.spzozbrzozow.pl
 Adres poczty elektronicznej: spzozbrzozow@onet.pl

II. Przedmiot zamówienia (nazwa)

„Świadczenie usług transportu osobowego dla lekarzy, pielęgniarek na wizyty domowe oraz pracowników administracji”

Opis przedmiotu zamówienia: Na podstawie załącznika

III. Tryb postępowania: zapytanie ofertowe.**IV. Nazwa i adres WYKONAWCY**

.....

.....

.....

NIP

REGON

.....
 (pieczęć wykonawcy)

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty w postępowaniu o wartości szacunkowej nieprzekraczającej równowartości kwoty 130 000 zł oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami zamawiającego za cenę:

cenę netto/miesięcznie:..... zł

słownie :.....zł

cenę brutto/miesięcznie:..... zł

słownie:.....zł

podatek VAT:..... zł

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

2. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1) Ksero (potwierdzone) wpisu do działalności gospodarczej
- 2) Wykaz osób posiadają uprawnienia do prowadzenia pojazdów samochodowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t (prawo jazdy kategorii B zgodnie z przepisami prawa: Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2018r, poz. 1990 ze zm.) oraz Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 2140)
- 3) Kserokopie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przy prowadzeniu działalności gospodarczej OC i NNW

..... dn.

.....
 podpis osoby uprawnionej
 (pieczęć wykonawcy)