**Nr sprawy: 1/PZP/2016 Załącznik nr 6**

**Formularz ofertowy**

**na: ETAP II PRZEBUDOWA I PRZYSTOSOWANIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH POMIESZCZEŃ SZPITALA REHABILITACYJNEGO DLA DZIECI W WOJNOWIE**

**Zamawiający: Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie**

**Wojnowo 7A, 66-120 Kargowa**

**REGON: 970742638  
NIP: 923-149-36-51**

**Wykonawca:** należy podać pełną nazwę, adres i dane teleadresowe Wykonawcy:

…………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………..

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ:

1. **Cena**

za cenę brutto: ……………………………………………………………………………….

słownie cena brutto : …………………………………………………………………………

1. **Okres gwarancji**

Na przedmiot umowy oferujemy …..........lata gwarancji\* od dnia odbioru końcowego robót.

\*oferowany okres gwarancji nie może być krótszy niż 3 lata, w przypadku zaoferowania okresu krótszego oferta zostanie odrzucona.

Oświadczamy, iż powyższa cena zawiera wszelkie koszty z tytułu realizacji umowy.

Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z dokumentacją przetargową i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy (załącznik nr14 do SIWZ) oraz, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach i w terminie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ tzn. przez 30 dni od dnia złożenia oferty.

Prosimy o zwrot pieniędzy wniesionych tytułem wadium na konto nr:

…………………………………………………………………………………………………..

\*dotyczy tych Wykonawców, którzy wnoszą wadium w pieniądzu

| .......................................  Miejscowość, data | ..........................................................................  Podpis upoważnionego  przedstawiciela Wykonawcy |
| --- | --- |