



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego
Załącznik nr 1 do Umowy

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie

ul. Arkońska 4
71-455 Szczecin
NIP: 851-25-37-954
<http://www.spwsz.szczecin.pl>
tel. (91) 813 90 00, fax (91) 813 90 09
e-mail: spwsz@spwsz.szczecin.pl

DANE WYKONAWCY:

Ja (My), niżej podpisany(-ni)

.....
działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

.....
(adres siedziby Wykonawcy)

NIP:

Nr telefonu:

Nr faxu:

e-mail:

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe *Świadczenie usług przeglądów, napraw eksploatacyjnych, serwisu ogumienia i klimatyzacji karetki sanitarnej Renault Trafic dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Szczecinie*

składam(-my) niniejszą ofertę:

Oferuję(-jemy) wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem zawartym w zapytaniu ofertowym za ceny podane w niniejszym formularzu, które będą stanowiły podstawę rozliczeń za wykonane usługi:



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(91) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(91) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(91) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



kol. 1	kol. 2	kol. 3	kol. 4
Przewidywany zakres przedmiotu zamówienia	Cena jednostkowa brutto *	Przewidywana ilość	SUMA brutto (kol. 2 + kol. 3)
NAPRAWY EKSPLOATACYJNE			
Wymiana filtrów i oleju (pojemność silnika 7,7 litra)		2	
Wymiana klocków hamulcowych oś przednia (komplet)		1	
Wymiana klocków hamulcowych oś tylna (komplet)		1	
Wymiana tarcz hamulcowych oś przednia (komplet)		1	
Wymiana tarcz hamulcowych oś tylna (komplet)		1	
Wymiana płynu chłodzącego (1 litr)		8 l	
Wymiana paska pk i rolek (komplet)		1	
Wymiana filtra kabiny dla dwóch przedziałów: medyczny i niemedyyczny (komplet)		1	
Autoholowanie Karetki do warsztatu Wykonawcy (1 km)		50 km	
Przeгляд stanu technicznego pojazdu		4	
SERWIS OGUMIENIA			
Sezonowa wymiana opon wraz z wyważeniem; opony 16" na felgach stalowych (komplet)		2	
Usługa wulkanizacyjna (1 koło)		1	
SERWIS KLIMATYZACJI			
Uzupełnienie czynnika chłodzącego (każde 100 g czynnika)		1	
Ozonowanie i dezynfekcja		2	
Serwis klimatyzacji wraz z kontrolą szczelności układu chłodzącego		2	
CAŁKOWITA WARTOŚĆ OFERTY (suma wszystkich pozycji w kolumnie 4)			

* cena brutto uwzględniać musi podatek VAT oraz ceny netto: robocizny, części zamiennych, podzespołów oraz materiałów eksploatacyjnych użytych do napraw i przeglądów.



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(91) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(91) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(91) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



1. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z treścią zapytania ofertowego wraz z załącznikami i przyjmuję(-my) warunki w nim zawarte i nie wnoszę(-imy) do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam(-my), że jestem(-śmy) związany(-ni) niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam(-my), że wyrażam(-my) zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych na potrzeby niniejszego postępowania prowadzonego na podstawie zapytania ofertowego w szczególności zgoda dotyczy podania mojego/naszych imienia/imion i nazwiska/nazwisk do publicznej wiadomości gdy moja/nasza oferta zostanie wybrana.
4. Oświadczam(-my), że prowadzę(-imy) działalność gospodarczą, w ramach której zrealizuję(-my) przedmiot niniejszego zamówienia, na potwierdzenie czego przedkładam(-my) aktualny wydruk z rejestru CEIDG

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

Załączniki wymagane do oferty:

- aktualny wydruk z rejestru CEIDG



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(91) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(91) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(91) 813 9015