

OFERTA WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:.....

Siedziba + (dokładny adres):
.....
.....

Nr telefonu:.....

Nr fax:.....

Nr NIP:.....

Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II

Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10,
22-400 Zamość

Nr telefonu: 84 6773333

Nr fax: 84 6386669

Nr NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6112.1.2020) **na sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem ppoż. osób i obiektów podległych SPSW im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu**, oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę zł

zgodnie z poniższą kalkulacją:

a) Wartość miesięcznego wynagrodzenia netto zł

b) Stawka podatku VAT

c) Wartość wynagrodzenia za 24 miesiące netto zł

d) Wartość wynagrodzenia za 24 miesiące bruttozł

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

3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wymienionych w Zaproszeniu na sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem ppoż. osób i obiektów podległych SPSW im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu w celu przeprowadzenia postępowania i późniejszej jego realizacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 2 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie poprawiania.

5. Oferuje termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

6. Załączniki:

- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

-

-

-
-
-

.....dnia.....2020r.

** niepotrzebne skreślić*

.....
*/podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej/**