

Załącznik nr 3 do Regulaminu
udzielania zamówień publicznych
w Samodzielnym Publicznym Szpitalu
Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II
w Zamościu,
których wartość jest niższa niż 170 000 złotych (netto)

Numer sprawy: AT.334.11.2026.SLSO

dnia 09 lipca 2026r

.....
(pieczęć wykonawcy)
tel.:
fax:

Nazwa Zamawiającego:
Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
w Zamościu
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
e-mail: szpital@szpital.zam.pl

OFERTA WYKONAWCY

Usunięcia istniejących awarii i odtworzenia pełnej sprawności posiadanej infrastruktury systemu monitoringu wizyjnego CCTV Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy AT.334.11.2026.SLSO) na usunięcia istniejących awarii i odtworzenia pełnej sprawności posiadanej infrastruktury systemu monitoringu wizyjnego CCTV Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu,

za kwotę w wysokości netto: zł.
(słownie: zł)

stawka podatku VAT %

brutto: zł.
(słownie: zł)

**Oferujęmiesięczny okres gwarancji na całość przedmiotu zamówienia
liczony od daty podpisania protokołu odbioru końcowego.**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
3. Oświadczam, że oferowana usługa spełnia wymagania określone przez Zamawiającego w Zaproszeniu do złożenia oferty.
4. Oferuję termin płatności 30 dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.
5. Oświadczam, że termin realizacji przedmiotu zamówienia to : w ciągu 21 dni od daty zawarcia umowy.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w Zaproszeniu do złożenia ofert na usunięcie istniejących awarii i odtworzenie pełnej sprawności posiadanej infrastruktury systemu monitoringu wizyjnego CCTV Samodzielnego

Publicznego Szpitala Wojewódzkiego 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 5 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

.....

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *
do reprezentowania Wykonawcy