Numer sprawy: DSUiZP 24/JK/10/2019

**Załącznik Nr 1 .**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące wykonawcy** *(uzupełnić)*

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Adres poczty elektronicznej: .....................................Strona internetowa: ................................................................

Numer telefonu: ...................................... Numer faksu: ......................................

Numer REGON: .............................. Numer NIP:.......................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Zespół Opieki Zdrowotnej

Ulica Gimnazjalna 41 B

26-200 Końskie

Strona www.zoz.konskie.pl e-mail jkruk@zoz.konskie.pl Godziny urzędowania 7: 25 do 15:00

Telefon (041) 39 02 3 14 fax (041) 39 02 3 19

**Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do zaproszenia: **pełnienie kompleksowego nadzoru inwestorskiego w specjalności: konstrukcyjno budowlanej**

**na zadaniu: Przebudowa istniejącego pomieszczenia w podpiwniczeniu obiektu na serwerownię wraz**

**z doprowadzeniem zasilania**

**współfinansowane ze środków UE w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego Działanie 7.1 Rozwój e-społeczeństwa, zgodnie z Decyzją nr RPSW.07.01.00-26-0042/17 projektu pn.”Informatyzacja Placówek Medycznych Województwa Świętokrzyskiego (InPlaMedWŚ)”**oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami za cenę:

Wartość ofertowa netto.................................................................................................zł

(Słownie:.............................................................................................................................. ……………………………………………………………………………………)

Stawka pod. VAT.........%, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość ofertowa brutto............................................................................................zł

(Słownie:............................................................................................................................... ... ……………………………………………………………………………………)

**Termin płatności**

30 dni

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

1. .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... tel. kontaktowy, faks: .......... .......... .......... zakres odpowiedzialności

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć firmowa wykonawcy *(Podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)*

\*- niepotrzebne skreślić