………………………..……………… ………………………..………………

*Pieczątka firmowa miejscowość data*

*Wykonawcy*

Wykonawca:.............................................................................................................................................................

NIP ………………………………………………. REGON ………………………………………..……..

Adres:..........................................................................................................................................................................

Tel.:................................................................... E-mail: ......................................................................................

**Oferta Cenowa**

1. Nawiązując do zaproszenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mławie do składania ofert na: „**Wykonywanie bieżących napraw serwisowych pojazdów służbowych stanowiących własność SPZOZ w Mławie"**, oferuję następującą cenę za wykonanie wyżej wymienionego przedmiotu zamówienia:

**Roboczogodzina – stawka / tryb pilny – *naprawa / wymiana* w dniu zgłoszenia (dotyczy dni od poniedziałku do soboty, oprócz świąt)**

**- Cena za przedmiot zamówienia** ................................. **zł netto**

**- Wartość podatku VAT**……….**% kwota**……………………… **zł**

**- Cena za przedmiot zamówienia** ................................. **zł brutto**

**(*słownie brutto: ………………………………………………………………………………………………………….*)**

**Roboczogodzina – stawka / tryb normalny – *naprawa / wymiana* w ciągu 2 dni (dotyczy dni od poniedziałku do soboty, oprócz świąt)**

**- Cena za przedmiot zamówienia** ................................. **zł netto**

**- Wartość podatku VAT**……….**% kwota**……………………… **zł**

**- Cena za przedmiot zamówienia** ................................. **zł brutto**

**(*słownie brutto: ………………………………………………………………………………………………………….*)**

2. Termin realizacji zamówienia: **umowa na okres 12 miesięcy lub do wyczerpania wartości umowy tj. 80 000 zł brutto**

3. Usługi będą wykonywane w warsztacie/zakładzie mieszczącym się w:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać dokładny adres - miejsce wykonywania usługi)

4. Wykonawca przyjął do wiadomości, iż termin zapłaty faktur będzie wynosił 30 dni, licząc od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.

**Jako WYKONAWCA oświadczam, że:**

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

3. Wyrażam(-y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz treści zawartej w ofercie w zakresie niezbędnym do **ogłoszenia wyników postępowania w tym również zamieszczenia tych informacji na stronie internetowej szpitala.**

**Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.**

**Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. …………………………………………………

2. …………………………………………………

3. …………………………………………………

…………………………………………………………..

*Uprawniony przedstawiciel składającego Ofertę –*

*–pieczęć z podpisem lub imię i nazwisko.*