

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
ul. Juraszów 7-19
60-479 Poznań, tel. (61) 821-22-00

DYREKTOR
Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu

Piotr Nowicki

ZAŁĄCZNIK NR 1
do Warunków Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Adres e-mail:

8. Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.

9. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ludzkim zdolnym do wykonania zamówienia.

10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

11. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy własnymi siłami, bez pomocy podwykonawców.

12. Oświadczamy, że jesteśmy gotowi do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie od _____ do _____

13. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i przyjmujemy warunki proponowane w umowie.

14. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

15. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

(miejscowość i data)

(czytelny podpis i pieczętka Oferenta
lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)