**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów**

**Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota**

**ul. Szczęśliwicka 36**

**02-353 Warszawa**

**F O R M U L A R Z O F E R T OWY**

**dot. szacowania wartości zamówienia**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

.................................................................................................................................................................

Nr telefonu, faksu .................................................................................................................................................................

REGON:...............................................

NIP:...................................................

KRS: ……………………………………….

BDO:....................................

Województwo................................................ Powiat……............................................................................

Internet: http://.................................................. e-mail:……………………………………..

**Wykonawca jest:**

* mikroprzedsiębiorstwem,
* małym przedsiębiorstwem,
* średnim przedsiębiorstwem,
* jednoosobową działalnością gospodarczą,
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* innym rodzajem\*

**UWAGA \*zaznaczyć właściwe**

Nawiązując do postępowania pn.: **,,** Zakup, instalację i uruchomienie Tomografu komputerowego wraz z dostosowaniem pomieszczenia w Centrum Medycznym Raszyn przy ul. Poniatowskiego nr 18a w Raszynie**”**

Zakup tomografu komputerowego, Cena musi obejmować instalację urządzenia, konfigurację, podłączenie i integrację z systemem informatycznym (Medicus, Ar Pacs)..

1. Składamy ofertę dot. szacowania wartości zamówienia na wykonanie ww. przedmiotu zamówienia

netto ..................................... zł

VAT ..................................... zł

brutto ..................................... zł

(słownie brutto : ..........................................................................................................................)

**W tym wartość prac dot. dostosowania pomieszczenia w Centrum Medycznym Raszyn przy ul. Poniatowskiego nr 18a w Raszynie-** Kompleksowe dostosowanie pomieszczeń razem z pracami budowlanymi, instalacją elektryczną, klimatyzacją oraz z pozostałymi wymaganiami do stosowania tomografu komputerowego. Pomieszczenie do instalacji – piwnica Centrum Medyczne Raszyn ul. Poniatowskiego 18a

na kwotę: netto ..................................... zł

VAT ..................................... zł

brutto ..................................... zł

1. **Gwarancja na sprzęt medyczny ………………… miesięcy**,
2. **Gwarancja na wykonane roboty budowlane ……………………… miesięcy**,
3. Oferta została złożona w …………….. plikach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr …...… do nr ……. .

............... ………………………………………………………

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy