**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**ZAMAWIAJĄCY**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50 - 981 Wrocław, ul. R.Weigla 5

…………………………….
 (pieczątka oferenta)

**WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO**

**„Opracowanie ekspertyzy technicznej przeciwpożarowej w celu wykonania drogi pożarowej do budynku nr 1
wraz z uzyskaniem postanowienia Szefa Delegatury na zastosowanie rozwiązań zamiennych”.**

Nazwa i adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………

Osoba wyznaczona do kontaktu z Zamawiającym:

……………………………………………………………………………………………

Numer telefonu:………………………………………………………………………

Numer faxu:……………………………………………………………………………

e-mail:……………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena za wykonanie przedmiotu zamówienia** |
| Netto [zł] | VAT [%] | Brutto [zł] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Opracowanie ekspertyzy technicznej przeciwpożarowej w celu wykonania drogi pożarowej do budynku nr 1 wraz z uzyskaniem postanowienia Szefa Delegatury na zastosowanie rozwiązań zamiennych.**W terminie 60 dni kalendarzowych od dnia zawarcia umowy |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |

Słownie wartość brutto oferty:

……………………………………………………………………………………………

Oświadczamy, że :

1. Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie do 30 dni.
2. Oświadczamy, że ceny określone powyżej są cenami ostatecznymi za wykonanie przedmiotu zamówienia.

Dnia ………………….. ………………………………………

Podpis i pieczęć upełnomocnionego przedstawiciela

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**LISTA OSÓB**

**Skierowanych przez Wykonawcę do realizacji umowy**

Dotyczy usługi pn. **„Opracowanie ekspertyzy technicznej przeciwpożarowej dla zapewnienia drogi pożarowej do budynku nr 1” wraz z uzyskaniem postanowienia Szefa Delegatury na zastosowanie rozwiązań zamiennych.**

**Wykonawca:…………………………………………………………………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP, PESEL, KRS, CEiDG)*

reprezentowany przez **………………………………………………………………….**

*(imię i nazwisko/podstawa do reprezentowania)*

|  |
| --- |
| **OSOBY SKIEROWANE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA** |
| **1** | **2** | **3** |
|  | Posiadane uprawnienia | Rzeczoznawca do spraw zabezpieczeń przeciwpożarowychImię i nazwisko: ………………………………………………Zakres uprawnień:…………………………………………………………Data nadania uprawnień:…………………………………………………………Nazwa organu, który nadał uprawnienia:………………………………………………………… |
|  | Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, potencjał innego podmiotu itp.) | ……………………………………………… |
|  | Ubezpieczenie OC | ……………………………………………..(nr ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczenia, okres ubezpieczenia) |

………………………. …………………….. ……………………….

*(data) (imię i nazwisko) (podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej)*