Zamawiający:

* 1. Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”
  2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
  3. z siedzibą w Warszawie przy ul. Koszykowej 78,
  4. NIP 113-00-38-734: REGON P-010137895

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

NIP:…………………………………………………………………

**(nazwa/ imię i nazwisko i adres Wykonawcy adres, NIP)**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr zapytanie ofertowe pn.:

**„Najem mat podłogowych dla Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” SP ZOZ w okresie 36 miesięcy”**

**Nr sprawy: 3/ZO/2025**

**składam ofertę**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wyliczeniem wynikającym z tabeli poniżej:** | |
| Cena brutto za realizację przedmiotu zamówienia w okresie 36 miesięcy :  …………………….……………………………..…..PLN | Słownie: |
| Cena netto za realizację przedmiotu zamówienia w okresie 36 miesięcy :  …………………….……………………………..…..PLN | Słownie: |

**Zgodnie z wyliczeniami poniżej :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaje mat i częstotliwość ich wymiany** | **Rozmiar maty** | **Liczba mat** | **Częstotliwość wymiany** | **Cena netto jednorazowej wymiany jednej maty w danym sezonie** | **Liczba wymian w okresie jesień zima** | **Koszt usługi netto za wymianę mat w okresie jesień-zima/wiosna/lato miesięcy** | **Koszt usługi brutto wymianę mat w okresie jesień-zima/wiosna/lato miesięcy** |
| **Okres jesień-zima (od 1 października do 30 kwietnia)** | | | | | | |
| 150x300 (+/-10cm) | **3** | **1x 2 tyg** |  | **14** |  |  |
| 115x200 (+/-10cm) | **9** | **1x 2 tyg** |  | **14** |  |  |
| 85x150 (+/-10cm) | **4** | **1x 2 tyg** |  | **14** |  |  |
| **Okres wiosna – lato (od 1 maja do 30 września)** | | | | | | |
| 150x300 (+/-10cm) | **3** | **1x 4 tyg** |  | **5** |  |  |
| 115x200 (+/-10cm) | **9** | **1x 4 tyg** |  | **5** |  |  |
| 85x150 (+/-10cm) | **4** | **1x 4 tyg** |  | **5** |  |  |
| **Razem koszt usługi za 12 miesięcy** | | | | | |  |  |
| **Koszt usługi na 36 miesięcy (koszt usługi za 12 miesięcy x 3)** | | | | | |  |  |

*Uwaga:*

*podane liczby mat, czy częstotliwości ich wymiany mogą ulec zmianie w czasie realizacji zamówienia,*

*wyliczenia tabeli służą porównaniu ofert – realizacja zamówienia będzie się odbywała na podstawie określonych przez Wykonawcę cen jednostkowych   
do wartości środków Zamawiającego przeznaczonych na realizację zamówienia – do kwoty 60 000 złotych brutto, lub do terminu zakończenia umowy   
(w zależności, które zdarzenie nastąpi wcześniej)*

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałe/am się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia i warunków jego realizacji, zamieszczonymi w zapytaniu ofertowym i załącznikach do niego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
2. zobowiązuję się zawrzeć w formie pisemnej umowę z Zamawiającym na wykonanie przedmiotu zamówienia (**według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**) w przypadku wyboru przez Zamawiającego złożonej przeze mnie oferty;
3. zobowiązuję się zapewnić bezpieczeństwo wykonywania usługi na wszystkich etapach postępowania.

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

podpis osoby/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika