|  |  |
| --- | --- |
| FORMULARZ OFERTOWY | |
| przedmiot zamówienia | Oferta szacująca wartość zamówienia na wykonanie **na wykonanie pełno branżowego projektu budowlano- wykonawczego i wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z lądowiskiem dla śmigłowców na terenie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie.**  .  Termin realizacji zamówienia do 90 dni od dnia podpisania umowy z Wykonawcą, |
| Zamawiający | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie  ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów, NIP 9191517717 |
| Termin związania ofertą | Oferta obowiązuje 30 dni od daty złożenia |
| Nazwa i siedziba wykonawcy, NIP, TelEFON  e mail…………………………….. |  |
| Cena ofertowa w zł nETTO / Brutto Ogółem (cyfrowo i słownie) | NETTO:…………………………zł (słownie netto zł:………………………………………………………………………)  BRUTTO: ………………………zł (słownie brutto zł …………….………………………………………………………..) |
| podpis osoby/osób upoważnionych do występowania w imieniu wykonawcy | …………………………. dnia……………………………….. |