|  |
| --- |
| 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 Hrubieszowieul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów, NIP 9191517717 |
| Termin związania ofertą | Oferta obowiązuje 30 dni od daty złożenia  |
| Nazwa i siedziba wykonawcy, NIP, TelEFONe 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……………………………….. |