

**OFERTA – FORMULARZ OGÓLNY**

**Uwaga! Wypełnia w całości i podpisuje Oferent**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ul. Parkowa 2**

**26-902 Grabów nad Pilicą**

**Dane o Oferencie**

**Nazwa:** .....

**Adres(siedziba):** .....

**Tel./Fax:** .....

Przekładając ofertę na świadczenie usług zdrowotnych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grabowie nad Pilicą oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert **na świadczenie usług zdrowotnych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grabowie nad Pilicą** i nie zgłaszamy do nich zastrzeżeń.
2. Zapoznaliśmy się z warunkami umowy określonymi we wzorze i wyrażamy gotowość zawarcia umowy uwzględniającej warunki Udzielającego zamówienie oraz przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia.
3. Posiadamy odpowiednie wyposażenie, środki dostosowane do charakteru oferowanych usług oraz pracowników o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zamówienia.
4. Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWKO za cenę:
  - a. **Cena brutto za jedną godzinę pracy:** .....
5. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie: **od 01.01.2025 r. do 31.12.2027 r.**
6. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone w SWKO przedmiotowego postępowania 20 dni od daty wystawienia faktury.
7. Oświadczamy, że związani jesteśmy niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....dnia.....r.

.....  
(podpis Oferenta)