**FORMULARZ OFERTOWY**

**BU 94/2023**

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: .....................................................................................

ADRES Z KODEM POCZTOWYM: .....................................................................................

TELEFON: .........................................................................................

ADRES E-MAIL: ...............................................................................

NUMER NIP:………………...…………............................................

NUMER REGON: .............................................................................

**Dane kontaktowe wyceniającego**

osoba:

Adres email:

Numer telefonu:

# Wycena realizacji wykonania Adaptacji pomieszczenia nr 61 na łazienkę z sanitariatem w ramach zadania pn. „Rozbudowa budynku oddziału obserwacyjno-zakaźnego w Szpitalu Rejonowym im. dr. J. Rostka w Raciborzu w ramach inwestycji pn. "Wsparcie naprawy i odporności systemu ochrony zdrowia w Szpitalu Rejonowym im. dr. J. Rostka w Raciborzu w obszarze rozbudowy oddziału obserwacyjno-zakaźnego w ramach POIiS na lata 2014 - 2020 Osi priorytetowej XI REACT-EU”” finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

Cena za wykonanie usługi:

netto: …………………….zł

brutto: …………………….zł

(słownie:……………………………………………………………………………….)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis osoby uprawnionej)*

3. Oświadczamy, że:

 - zapoznaliśmy się z wzorem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń,

 - otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,

 - uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany we wzorze umowy,

 - nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13
 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu
 agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis osoby uprawnionej)*