Załącznik nr 1

Nr sprawy **DISUC.2242.3.4.2024.KS** Data: …………………..……

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  |
| Województwo |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Osoba do kontaktu | Imię i nazwisko:Telefon/fax:e-mail: |

**Do Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie**

**ul. Kopernika 36**

**31-501 Kraków**

Dotyczy zapytania ofertowego na wykonanie zadania pn.:

**„Dostawa i oddanie do użytkowania mat podłogowych wraz z usługą serwisu obejmującą wymianę, czyszczenie, naprawę i transport mat dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przy ul. Jakubowskiego 2.”**

1. Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia za łączną cenę (cena za 24 miesiące):

**Netto ………………………**

**VAT ……% ………………………**

**Cena (brutto): ………………………**

Wykonanie nastąpi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w zapytaniu ofertowym.

Do kalkulacji przyjęto następujące ceny jednostkowe:

Mata 150 x 250 cm

(chłonność nie mniej niż 4 kg/m2 łącznie dla zabrudzeń stałych i płynnych):

- cena za jedną wymianę w okresie jesień – zima (wymiana co 2 tygodnie) : …………….zł. netto

- cena za jedną wymianę w okresie wiosna - lato (wymiana co 4 tygodnie) : …………….zł. netto

Mata 115 x 200 cm

(chłonność nie mniej niż 4 kg/m2 łącznie dla zabrudzeń stałych i płynnych):

- cena za jedną wymianę w okresie jesień – zima (wymiana co 2 tygodnie) : …………….zł. netto

- cena za jedną wymianę w okresie wiosna - lato (wymiana co 4 tygodnie) : …………….zł. netto

Mata o szerokości od 100 do 150 cm i długości 300 cm

(chłonność nie mniej niż 5 kg/m2 łącznie dla zabrudzeń stałych i płynnych):

- cena za jedną wymianę w okresie jesień – zima (wymiana co 2 tygodnie) : …………….zł. netto

- cena za jedną wymianę w okresie wiosna - lato (wymiana co 4 tygodnie) : …………….zł. netto

Mata 150 x 220 cm

(chłonność nie mniej niż 5 kg/m2 łącznie dla zabrudzeń stałych i płynnych):

- cena za jedną wymianę w okresie jesień – zima (wymiana co 2 tygodnie) : …………….zł. netto

- cena za jedną wymianę w okresie wiosna - lato (wymiana co 4 tygodnie) : …………….zł. netto

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przekazanymi dokumentami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz, że przedstawiono nam charakter prac do wykonania jak również uzyskaliśmy wszystkie informacje konieczne do przygotowania i złożenia oferty.
2. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni.
3. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy umowę.
4. Oświadczamy, że akceptujemy termin płatności – 60 dni od daty wpływu faktury do Szpitala.
5. Oświadczamy, że najpóźniej w dniu podpisania umowy złożymy kserokopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej.

………………………………….……………………

*Podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*