

Załącznik nr 4**O F E R T A****WYKONAWCA:**

Nazwa Wykonawcy:.....
Imię i nazwisko / nazwa firmy

Siedziba Wykonawcy:.....
kod pocztowy, ulica nr domu / mieszkania

Nr telefonu, Fax. Wykonawcy:.....

NIP Wykonawcy:.....

Nazwa banku podstawowego:.....

Nr konta:.....

W odpowiedzi na przetarg nieograniczony ogłoszony przez Śląskie Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowe im. dr. A. Szebesty w Rabce-Zdroju na **Wyposażenie Centrum w meble**, zgodnie z zakresem i wymogami SIWZ, oferujemy realizację zamówienia wg poniższego wyliczenia (zgodnie i na podstawie formularza ofertowego):

		Wartość zł netto	Wartość VAT w zł Przy stawce 23%	Wartość brutto
1	Wyposażenie Centrum w meble, <u>PAKIET NR 1</u>			
2	Wyposażenie Centrum w meble, <u>PAKIET NR 2</u>			
	SUMA ZAMÓWIENIA:			

1. Oświadczamy, że spełniamy dodatkowe (określone w siwz) warunki udziału w postępowaniu.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie mamy do niej żadnych zastrzeżeń, oraz że zdobyliśmy wszystkie niezbędne informacje do przygotowania i złożenia oferty.
3. Oświadczamy, że pozostaniemy związani ofertą przez okres 30 dni od dnia składania ofert.
4. Oświadczamy, że akceptujemy wzór umowy dołączony do siwz, i w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do podpisania umowy na w/w warunkach i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Udzielamy **36-miesięcznej** gwarancji jakości na asortyment będący przedmiotem zamówienia na warunkach określonych w Umowie.
6. Informacja o części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom:

Określenie części zamówienia	Nazwa podwykonawcy Uwagi

Brak informacji w tabeli traktowane będzie jako wykonanie całości robót przez Wykonawcę.

Załącznikiem do oferty jest wypełniony formularz ofertowy.

.....

Podpis osoby upoważnionej