Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

/pieczęć adresowa Wykonawcy/

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:
Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych oraz
Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267
30-663 Kraków

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na „świadczenie usług transportu i przechowywania zwłok pacjentów zmarłych w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie"

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia

za cenę w części nr 1 – za każdy rozpoczęty kilometr:

brutto: .....PLN.

(cena do dwóch miejsc po przecinku)

słownie: .....

(wynagrodzenie ryczałtowe za odbiór i transport zwłok pacjentów zmarłych w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie)

za cenę w części nr 2 – za jedną dobę:

brutto: .....PLN.

(cena do dwóch miejsc po przecinku)

słownie: .....

(wynagrodzenie ryczałtowe za przechowywania zwłok pacjentów zmarłych w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie)

ISO 9001:2008

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy w ciągu dwóch lat od dnia zawarcia umowy.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do realizacji zamówienia **w terminach** wskazanych przez Zamawiającego i zgodnych z obowiązującymi przepisami prawnymi.
3. Oferta została złożona na .....**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
4. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest Pani/Pan……..……., tel. ……, fax. ……..., e-mail …….
5. Posiadamy następujący numer konta bankowego: ……..., numer NIP: …….oraz numer REGON ……..
6. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy ……..

……
……
(*wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne*)

....

/ Miejscowość i data/ */Upełnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/*