

.....  
/miejsowość, data wystawienia dokumentu/

## FORMULARZ OFERTY

**Dla Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 Im dr Jana Biziela w Bydgoszcy**

### **I. Wykonawca**

1. Nazwa i adres :

.....  
..... NIP: .....

- a) REGON : .....
- b) Telefon : .....
- c) Fax : .....
- d) e-mail : .....
- e) nr KRS lub innego dokumentu .....  
/podać posiadane aktualne dane/

2. Nazwa banku i numer konta, na które należy dokonać zapłaty:

.....  
3. Stanowisko oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do zawarcia umowy:

.....  
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi warunkami zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz :

- a) posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności będącej przedmiotem zamówienia,
- b) posiadamy wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i kadrowym niezbędnym do wykonania zamówienia,
- c) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- d) nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia

### **II. Oferta:**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargowym do 130 000 Zł oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiot zamówienia w zakresie opisanym w SZ oświadczamy, że składamy ofertę na następujących warunkach

### **ŚWIADCZENIE USŁUG KURIERSKICH DLA SU NR 2 IM. BIZIELA W BYDGOSZCZY**

Wartość netto całości zamówienia (PLN):.....

VAT %: .....

Wartość brutto zamówienia (PLN):

.....  
(słownie.....)

Proszę o wypełnienie tabeli szczegółowej wyceny zawierającej stawki jednostkowe:  
 Ilości przedstawione w tabeli są ilościami szacowanymi na 12 miesięcy świadczenia usługi - ustalonymi na podstawie ilości średniomiesięcznych. Wykonawca zobowiązany jest przyjąć do nadania inne, niż wymienione wyżej przesyłki mogące wystąpić sporadycznie u Zamawiającego, w takim przypadku wykonawca zastosuje ceny jednostkowe wynikających z obowiązujących u Wykonawcy w dniu nadania cenników usług.

Formularz szczegółowy:

LP	Nazwa towaru/usługi	Ilość na rok (SZAC UNEK)	Cena jednostkowa netto (PLN)	Stawka opłaty paliwowej (%) – aktualna na dzień składania oferty	VAT%	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F	G=(CXD)+E+F
	<b>Przesyłki zawierające materiał medyczny (doręczenie następnego dnia do 12:00-14:00)</b>					
1.	do 1 kg	40				
2.	do 5 kg	15				
3.	do 10 kg	3				
4.	do 20 kg	3				
5.	do 30 kg	1				
	<b>Przesyłki zawierające materiał medyczny doręczenie następnego dnia do 10:00</b>					
6.	do 1 kg	80				
7.	do 5 kg	15				
8.	do 10 kg	3				
9.	<b>Dokumentacja doręczenie następnego dnia do 12:00</b>	20				
	<b>Przesyłki – sprzęt medyczny, gospodarczy, informatyczny itp. doręczenie następnego dnia do 12:00</b>					
10.	do 1 kg	70				
11.	do 5 kg	70				
12.	do 10 kg	66				
13.	do 20 kg	50				
14.	do 30 kg	30				
15.	Pozostałe koszty / opłaty (ubezpieczenie, zwrot dokumentów, itp.) przy założeniu przewidywanego nakładu 1000 zł przez okres obowiązywania umowy					1000 zł
		X	X	X	X	

**III. Warunki płatności: płatność przelewem w terminie, dni:**

W trybie miesięcznego rozliczenia usługi, przelewem w terminie ..... dni licząc od chwili wystawienia faktury (Zamawiający wymaga min. 30dni terminu płatności).

**IV. Okres – termin wykonania zamówienia:**

12 miesięcy chyba że kwota którą Zamawiający przeznaczył do realizacji zamówienia zostanie wykorzystana przed okresem trwania umowy

**V. Posiadanie opcji jednolitego systemu – aplikacji , który pozwala na monitoring / śledzenie/ zamawianie przesyłek (wpisać TAK/NIE)**

.....  
**VI Wymóg – odbiór przesyłek z siedziby Zamawiającego w dni robocze od godziny 7:30 - 15:00 zgodnie ze zleceniami zgłaszanymi w aplikacji udostępnionej przez firmę kurierską (WPISAC TAK/NIE) .....**

**Pouczenie, ważne:**

Formularz musi być wypełniony czytelnie , w języku polskim i podpisany przez osobę uprawnioną.

podpis osoby uprawnionej