**Załącznik Nr 1**

Pieczątka Oferenta ……………………………………………

(miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | Dzierżawa części powierzchni ścian w pomieszczeniach szpitalnych z przeznaczeniem na montaż zestawu urządzeń systemu telewizji szpitalnej do odbioru programów telewizyjnych |
| **Zamawiający:** | Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach  96-100 Skierniewice ul. Rybickiego 1 |
| **Pełna nazwa Oferenta,**  **Adres**  **Telefon**  **NIP**  **REGON**  **e-mail** |  |
| **Kwota za dzierżawę miejsca za 1 odbiornik TV** | **Kwota netto:**  **Kwota brutto**: |

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

2. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

……………………………………………………………………………………………..

Osobą wyznaczoną do obsługi i konserwacji STS będzie …………………………………………………. Nr tel. ……………………………..

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.

4. Oświadczamy, że czujemy się związani z ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert.

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń co do jej treści.

6. Oświadczamy, ze wszystkie prace montażowe STS zostaną wykonane wyłącznie za zgodą i pod nadzorem Szpitala.

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z informacją RODO.

Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania m.in. posiadamy wymagane prawem zgody na udostępnienie sygnału TV do odbiorników;

2. posiadania wiedzy i doświadczenia;

3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

…………………………………………………..

Pieczątka i podpis Oferenta