

FORMULARZ OFERTOWY

....., dnia2015 r.
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć wykonawcy)

**GMINA LUBNIEWICE
UL. JANA PAWŁA II 51
69-210 LUBNIEWICE**

OFERTA

na określenie kosztów „Rozbudowy i przebudowy istniejącego budynku służby zdrowia – wykonanie zewnętrznego szybu dla platformy do transportu osób niepełnosprawnych wraz z niezbędną przebudową budynku – przygotowanie istniejącego budynku do montażu platformy”.

WYKONAWCA:

1. Nazwa i adres Wykonawcy:

.....
.....

Tel. Faks e-mail

NIP: REGON:

2. Oferujemy wykonanie zamówienia za całkowitą cenę ryczałtową

Cena ofertowa netto.....

(słownie:)

Stawka podatku VAT 23%, wartość podatku VAT

Cena ofertowa brutto

(słownie:)

3. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie do dnia 30 września 2015 r.

4. Udzielamy gwarancji na przedmiot umowy na okres 36 miesięcy.

5. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty jej podpisania.

6. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia budowlane i wiedzę techniczną pozwalającą na realizację zamówienia.

7. Oświadczam, że nie jestem wykluczony z postępowania dotyczącego udzielenia zamówień publicznych.

8. W załączeniu przedkładamy wypełniony kosztorys ofertowy.

.....
(podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)