

**Formularz oferty**

Oznaczenie sprawy: PN – 06/17

Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia

(oznaczenie Wykonawcy)

Dane Wykonawcy:

Nazwa: .....

Siedziba: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Numer telefonu: .....

Numer faksu: .....

Numer KRS/CEIDG: .....

Zamawiający:

**Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań  
nr telefonu: 61 8 419 294, nr faksu: 61 8 419 620**

1. W nawiązaniu do Ogłoszenia na świadczenie usług rekreacyjno - sportowych oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia wg następującej cen:

Nazwa	Nazwa karty	Ilość osób	Cena jednostkowa netto za osobę	Ilość miesięcy	Cena jednostkowa netto za osobę za 12 miesięcy	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto (kol. 3 x kol. 6 wraz z podatkiem VAT)
kol. 1	kol. 2	kol. 3	kol. 4	kol. 5	kol. 6	kol. 7	kol. 8
Pracownik		350		12			
Osoba towarzysząca		30		12			
Dziecko pracownika		30		12			
Razem cena oferty brutto							

2. Oświadczam, że na **terenie miasta Poznania i powiatu poznańskiego** dysponuję obiektami świadczącymi usługi będące przedmiotem zamówienia w ilości .....
- Jednocześnie informuję, że podana powyżej ilość obiektów jest ilością dodatkową, ponad ilość minimalną wymaganą przez Zamawiającego w Ogłoszeniu (Zamawiający wymagał posiadanie minimum 100 obiektów)**
3. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że akceptujemy warunki określone przez Zamawiającego w Ogłoszeniu, w tym w szczególności dotyczące istotnych postanowień umowy i zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Ogłoszeniu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....  
(Podpis, nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)