

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego DAT/0717-88/8481/2020

FORMULARZ OFERTOWY

1. **NAZWA (FIRMA) I ADRES WYKONAWCY** (pełna nazwa/firma, adres, oraz w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG):

.....
 tel. : e-mail: fax. :

2. **CENA OFERTY W ZŁOTYCH POLSKICH**

Wartość netto PLN	VAT %	Kwota VAT PLN	Wartość brutto PLN

Cena oferty uwzględni wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

Metoda oceny

Cena	90%	<u>Najniższa zaoferowana cena oferty</u> cena oferty badanej	x 100 x 90%
------	-----	---	-------------

3. **WARUNKI PŁATNOŚCI**

Zapłata należności za wykonanie przedmiotu Umowy, nastąpi przelewem na podstawie prawidłowo wystawionej przez Zleceniobiorcę faktury, w terminie 30 dni licząc od daty doręczenia faktury, potwierdzającej wykonanie usługi, przy czym za dzień spełnienia świadczenia pieniężnego uważać się będzie dzień obciążenia rachunku w banku Zleceniodawcy. Zleceniobiorca zamieści na fakturze numer niniejszej Umowy.

Proszę podać numer konta, na który Zamawiający będzie dokonywał płatności:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Wykaz wykonanych min. trzech projektów budowlano-wykonawczych dla budynków użyteczności publicznej, w tym przynajmniej jednego obejmującego w swoim zakresie aptekę szpitalną.

L.p.	Podmiot, na rzecz którego wykonywana była usługa	Nazwa projektu	Daty wykonania
1			
(...)			

Warunkiem koniecznym udziału w postępowaniu jest dołączenie jednej referencji potwierdzającej należyte wykonanie projektu budowlano-wykonawczego opracowanego dla budynku użyteczności publicznej obejmującego swoim zakresem apteką szpitalną.

Metoda oceny:

Wykonawca, który wykaże wykonanie więcej niż 7 projektów otrzyma 10 punktów.

Wykonawca, który wykaże wykonanie od 5 do 7 projektów otrzyma 5 punktów.

Wykonawca, który wykaże wykonanie 3 projektów otrzyma 0 punktów.

Ilość wykonanych projektów	10%	Liczba punktów oferty badanej przyznanej zgodnie z metodą określoną w Załączniku nr 2 do zapytania 10	x 100 x 10%
----------------------------	-----	--	-------------

Załączniki:

- Referencja potwierdzające należyte wykonanie projektu budowlano-wykonawczego opracowanego dla budynku użyteczności publicznej wraz z apteką szpitalną

.....
Miejscowość i data

.....
*podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania
Wykonawcy, zgodnie z dokumentem potwierdzającym
posiadanie uprawnień do występowania w obrocie prawnym
lub udzielonym pełnomocnictwem*