Załącznik nr 1 do zapytania DA/DT-381-104/22

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*pieczątka firmowa wykonawcy*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Usługa zarządzania, rozliczania i realizowania sprawozdawczości dla projektu „MODERNIZACJA, PRZEBUDOWA I WYPOSAŻENIE KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I REKONSTRUKCYJNEJ ORAZ III KLINIKI RADIOTERAPII I CHEMIOTERAPII ODCINEK A NARODOWEGO INSTYTUTU ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE – PAŃSTWOEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO ODDZIAŁU W GLIWICACH, W CELU POPRAWY JAKOŚCI I USPRAWNIENIA PROCESU LECZENIA ONKOLOGICZNEGO” w ramach Działania 11.3 Wspieranie naprawy i odporności systemu ochrony zdrowia dla podmiotów leczniczych w celu niwelowania skutków pandemii COVID-19, innych chorób zakaźnych i związanych z nimi sytuacjami kryzysowymi oś priorytetowa XI REACT-EU Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020.

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Numer telefonu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

osoba kontaktowa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wartość netto : ....................................................... PLN Słownie ...........................................................................................................

Wartość brutto : ...................................................... PLN Słownie ...........................................................................................................

Wartość podatku VAT : ...................................................... PLN Słownie ...........................................................................................................

Termin płatności: 30 dni od daty dostarczenia faktury Zamawiającemu

Ważność oferty - 90 dni

Wykaz projektów dla których Wykonawca pełnił obowiązki Kierownika lub Koordynatora projektu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Projektu | Beneficjent | Wartość Projektu | Termin wykonania usługi | Referencje |
|  |  |  |  | * TAK * NIE |
|  |  |  |  | * TAK * NIE |
|  |  |  |  | * TAK * NIE |

……………………………………………………………….. …………………………………………………………

(miejscowość, data) (Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)