Wykonawca

…………….....................

…………………………..

Załącznik do zapytania ofertowego – formularz cenowy

Znak sprawy 6/2016

Nazwa zamówienia**:**  **Wykonanie rezerwowego zasilania w wodę dla Szpitala Powiatowego w Szczytnie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | **SUMA** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ubiegając się o udzielenie zamówienia oświadczam, że spełniam warunki dotyczące w/w zapytania ofertowego

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,

(jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania);

2) Posiadam wiedzę i doświadczenie;

3) Dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;

4) Spełniam warunki ekonomiczne i finansowe

(nie zalegam z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne)

W załączeniu:

1. Potwierdzenie wizji lokalnej

………………………………… …………………………………………

data podpis