Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 1/2024

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nr sprawy: **1/2024**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na:

wykonanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania *Przebudowa powierzchni na potrzeby utworzenia Ośrodka ECMO wraz z kompleksem Intensywnej Terapii, przebudową pracowni Diagnostyki Obrazowej, Stacji Dializ, Kliniki Otolaryngologii, Okulistyki oraz powierzchni obsługi pacjenta* wraz z dostosowaniem Programu Funkcjonalno-Użytkowego opracowanego dla zadania *Budowa Bloku Operacyjnego Pediatrycznego wraz z Centralną Sterylizatornią* w celu stworzenia spójnej koncepcji inwestycji pn. *„Utworzenie kompleksu Intensywnej Terapii w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi”*, zapewniającej optymalną integrację wszystkich objętych przedsięwzięciem powierzchni, przedkładamy niniejszą ofertę.

1. *Dane dotyczące Zamawiającego:*

**Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

**ul. Rzgowska 281/289**

**93-338 Łódź**

1. *Dane dotyczące Wykonawcy:*

Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

*\* Dla każdego z Wykonawców wskazać (adres / NIP / Regon ).*

1. *Dane kontaktowe Wykonawcy*

 *[wszelka korespondencja prowadzona będzie wyłącznie na n/w adres / adres e-mail]*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba do kontaktów |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

1. CENA OFERTY

*[Cena brutto winna zawierać wszelkie koszty, jakie Wykonawca poniesie w związku z realizacją zamówienia.]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pakietu** | **Cena netto****Cena brutto****Stawka VAT i kwota VAT** |
| 1. | wykonanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania *Przebudowa powierzchni na potrzeby utworzenia Ośrodka ECMO wraz z kompleksem Intensywnej Terapii, przebudową pracowni Diagnostyki Obrazowej, Stacji Dializ, Kliniki Otolaryngologii, Okulistyki oraz powierzchni obsługi pacjenta* wraz z dostosowaniem Programu Funkcjonalno-Użytkowego opracowanego dla zadania *Budowa Bloku Operacyjnego Pediatrycznego wraz z Centralną Sterylizatornią* w celu stworzenia spójnej koncepcji inwestycji pn. *„Utworzenie kompleksu Intensywnej Terapii w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi”*, zapewniającej optymalną integrację wszystkich objętych przedsięwzięciem powierzchni |  |

……………….……, dnia ………………… ........................................................

 pieczęć i podpis Wykonawcy

Uwaga:

Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania firmy.

**„Złożenie niniejszego zapytania ofertowego nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równoznaczne ze złożeniem zamówienia przez Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i nie stanowi podstawy do roszczenia praw wykonawcy do zawarcia umowy”.**

1. Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Załączniki:

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..