Załącznik B

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy** *( przypadku konsorcjum-lidera konsorcjum):*

Nazwa …………………………………………………………………………………………

 Adres …………………………………………………………………………………………..

 Numer REGON ............................................ NIP: ..............................................................

 E-mail: .....................................................

 Fax: ……………………………………..

**Dane partnera lidera Konsorcjum** *(jeżeli dotyczy):*

Nazwa …………………………………………………………………………………………

 Adres ……………………………………………………………………………………………

 Numer REGON ............................................ NIP: ..............................................................

zwanego/zwanych dalej w niniejszym formularzu ofertowym Wykonawcą.

**OFERTA**

**do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku**

**ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok**

Działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy, odpowiadając na zapytanie ofertowe na  **Wykonanie Audytu** zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu ofertowym

1. Oferujemy realizację usługi za łączną wartość brutto: .........................zł, słownie: ........................................................................................ zł, zgodnie z formularzem cenowym, stanowiącym integralną część niniejszej oferty.

1. Oferujemy termin płatności 60 dni licząc od daty zakończenia realizacji usługi przelewem bankowym na rachunek Wykonawcy wskazany na fakturze.
2. Oferowany przez nas termin realizacji usługi wynosi ............. (*maksymalnie 30.11.2022r.*) od daty podpisania umowy.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się opisem przedmiotu zamówienia (Załącznik A1) i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz spełniamy warunki w nim zawarte.
4. W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy, wg załączonego do Zapytania ofertowego wzoru umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego (Załącznik C).
5. Numer rachunku bankowego, na które po podpisaniu umowy będą dokonywane płatności - zgodnie z zapisami we Wzorze umowy - to: ……………………………………….…………………………... Numer rachunku bankowego został/nie został\* wpisany na tzw. "białą listę podatników VAT”.
6. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| e-mail |  |

Osoba upoważniona do koordynowania zamówienia z zamawiającym w przypadku udzielenia nam zamówienia to: .......................................................... nr tel. .............................................................

1. Nasz numer REGON .............................................. NIP: ..............................................................

 E-mail: ..............................................

 Fax: ………………………………. Tel ………………………….

 ……………………………….

 (podpis/popisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*