



Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii  
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi <sup>(A)</sup>

Dział Techniczny

tel. 042 689 58 46. fax.

e-mail: p.goszczynski@kopernik.lodz.pl

Łódź, dnia ..... r.

Nr postępowania: 235/AT/2026/R

### FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY

Dla zadania pn. „Remont krawędzi tarasu oraz wymiana orywnowania w Ośrodku Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej”

Nazwa Wykonawcy:

.....

.....

Adres Wykonawcy

.....

.....

Oferuje cenę za wykonanie prac „Remont krawędzi tarasu oraz wymiana orywnowania w Ośrodku Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej”

*zgodnie ze STWiOR i przedmiarem robót.*

Cena netto zł: .....

(słownie zł: .....) )

Podatek od towarów i usług VAT zł: .....

(słownie zł: .....) )

Cena Brutto zł: .....

(słownie zł: .....) )

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź  
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00  
e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>  
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PKO BP SA I O/ŁÓDŹ 44102033520000180203188067



Termin wykonania : ..... dni kalendarzowych (maksymalnie 150 dni kalendarzowych od daty podpisania Umowy).

Oferuję następujące warunki gwarancji:

.... (minimum 60 miesięcy) na wykonane roboty budowlane, licząc od dnia podpisania Protokołu Odbioru Robót

.... (minimum 24 miesięcy) na urządzenia, licząc od dnia podpisania Protokołu Odbioru Robót

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że akceptuję wszystkie wymagania, określone w Zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam, że bez zastrzeżeń przyjmuję przedstawione przez Zamawiającego warunki umowne realizacji zamówienia, określone w istotnych postanowieniach umowy. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru naszej/mojej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, iż uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Osoba upoważniona do podpisania umowy: (imię i nazwisko upoważnionej osoby)

.....  
Data i podpis

---

**ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź**  
**SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00**  
**e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>**  
**NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PKO BP SA I O/ŁÓDŹ 44102033520000180203188067**

