

FORMULARZ OFERTOWY

Składając ofertę w imieniu (w przypadku podmiotów występujących wspólnie wymienić wszystkich wykonawców składających ofertę)

Nazwa Wykonawcy.....

z siedzibą

Tel., faks:

NIP....., REGON.....

e-mail:

dla Zamawiającego, którym jest Mazowiecki Port Lotniczy Warszawa–Modlin Sp. z o.o., w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego wg przepisów Kodeksu Cywilnego, na: **zakup i dostawę ambulansu sanitarnego specjalistycznego typu C z homologacją dla pojazdu skompletowanego typu WE wraz z montażem wyposażenia medycznego dostarczonego przez Zamawiającego**, oferujemy:

- Okres gwarancji mechanicznej miesięcy** (nie krótszy niż 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru). Jednocześnie wyrażamy zgodę na zwiększenie limitu przebiegu pojazdu objętego gwarancją o 4 166 km, ponad limit 100 000 km, za każdy dodatkowy miesiąc udzielonej przez nas gwarancji powyżej 24 miesięcy.
- Realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 1 do SIWZ, **za cenę ryczałtową:**

w wysokości brutto zł
(słownie:))

kwota podatku VAT zł
(słownie:))

w wysokości netto zł
(słownie:))

3. Ponadto oferujemy niżej wymienione, dodatkowe wyposażenie ambulansu:

1)	System podtrzymujący pracę silnika bez kluczyka w stacyjce, umożliwiający obniżenie temperatury turbiny/turbin, z zabezpieczeniem przed dostępem do ambulansu przez osoby niepowołane	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2)	Systemem elektryczny wspomagający zamykanie drzwi bocznych lewych przesuwanych od tyłu, bez szyby,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3)	Posiadanie potwierdzenia wykonanego testu zderzeniowego całego nadwozia ambulansu (zgodnie z wymogami PN EN 1789+A1:2011) wystawione przez niezależną notyfikowaną jednostkę badawczą	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>



4)	Fotel montowany na prawej ścianie z możliwością jego przesuwu wzdłuż noszy w zakresie min. 50 cm i możliwością bezpiecznego zablokowania w wybranej pozycji.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5)	Za fotelem na prawej ścianie uchylny uchwyt na plecak ratunkowy. Uchwyt jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym musi odpowiadać wymogom PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.8 i 5.3.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

W cenę oferty wliczyliśmy wszystkie niezbędne koszty związane z realizacją zamówienia, wynikające z treści SIWZ i złożonej oferty.

- Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń, oraz otrzymaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą – **30 dni**. Termin ten rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
- Akceptujemy treść wzoru umowy i w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do jej podpisania w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
- Informujemy, że niżej wymienione części zamówienia zamierzamy wykonać przy pomocy podwykonawców:

.....
(wpisać zakres prac lub „nie dotyczy”)

- Ofertę składamy na ponumerowanych stronach w sposób ciągły, wraz z załącznikami które stanowią:

1)

..... dn.
miejsowość, data

.....
podpis i pieczętka imienna uprawnionego(-ch)
przedstawiciela(-i) Wykonawcy

