

FORMULARZ OFERTY

POL-TAX 2 Sp. z o.o.
(nazwa Wykonawcy)

ul. Bora Komorowskiego 56C lok.91, 03-982 Warszawa
(adres siedziby zgodny z KRS lub z CEIDG)

ul. Bora Komorowskiego 56C lok.91, 03-982 Warszawa
(adres do korespondencji)

mazowieckie
(województwo)

113-29-14-298, 365000690
(NIP, REGON).

(22) 616-55-11, 616-60-95
(nr telefonu, faxu)

2

**Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny nr 1
ul M. Curie-Skłodowskiej 58
50-369 Wrocław**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na usługę badania sprawozdania finansowego za rok 2017 (nr sprawy: DZP/E/345-2017) oferuję (-my):

Zadanie nr 1 dla: **Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu**

1. Wykonanie zamówienia za cenę:

Rok	Wartość netto w zł	Wartość brutto w zł	Doświadczenie, ilość przeprowadzonych badań
2017	6 500,00	7 995,00	227

Zadanie nr 2 dla: **Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu**

2. Wykonanie zamówienia za cenę:

Rok	Wartość netto w zł	Wartość brutto w zł	Doświadczenie, ilość przeprowadzonych badań
2017	7 500,00	9 225,00	227

zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym.

- Termin płatności: przelew wyłącznie na konto Wykonawcy w terminie (min 60) 60 *dni od dnia wykonania przedmiotu zamówienia tzn. przedstawienia Zamawiającemu pisemnej opinii i raportu sporządzonego przez Wykonawcę i dostarczenia faktury VAT
- Należność będzie regulowana z konta Zamawiającego na konto Wykonawcy nr **Bank Handlowy w Warszawie S.A. 51 1030 0019 0109 8503 0014 5922**
- Za termin zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
- W przypadku opóźnienia płatności, Wykonawca zobowiązuje się do podjęcia negocjacji wysokości odsetek ustawowych, w przypadku żądania ich zapłaty.

6. Wyłącza się możliwość dokonywania płatności na rachunek bankowy inny niż Wykonawcy, w tym na konta pełnomocników Wykonawcy, a wezwania do płatności wynikające z niniejszego przedmiotu zamówienia uznaje się za niedoręczone.
7. Oświadczam(-my), że akceptuję(-emy) warunki zawarte we wzorze umowy
8. Zobowiązuję(-emy) się, w przypadku przyznania zamówienia, do zawarcia umowy w terminie nie krótszym niż 3 dni od daty przekazania zawiadomienia o wyborze mojej(naszej) oferty.
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 - (1) Formularz cenowy za zadanie nr 1
 - (2) Formularz cenowy za zadanie nr 2
 - (3) Informacja o ofercie
 - (4) Ranking firm audytorskich
 - (5) Zaświadczenie potwierdzające wpis na listę firm audytorskich
 - (6) Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
 - (7) Oświadczenie o zmianie umowy Spółki wraz z aktem notarialnym
 - (8) Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 - (9) Wykaz badanych jednostek leczniczych wraz z wybranymi protokołami odbioru usługi

PREZES ZARZĄDU


mgr Hanna Blajer

12.10.2017r.

.....
(data i podpis upoważnionego przedstawiciela
Wykonawcy)

POL-TAX 2 Sp. z o.o.
ul. Bora Komorowskiego 56c lok. 91
03-982 Warszawa
tel. (22) 616 55 11, fax: 616 60 95
NIP: 113-29-14-298, REGON: 365000690

FORMULARZ CENOWY

(pieczęć wykonawcy)

Formularz cenowy Usługa przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego za rok 2017

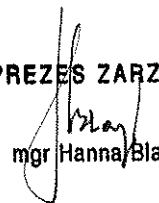
zadanie nr 1 dla: **Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu**

I.p.	Wyszczególnienie elementów usługi	Rok	Wartość netto w zł	VAT %	Cena brutto w zł.
1.	2.		5.	6.	7.
1.	Przeprowadzenie badania sprawozdania finansowego za rok 2017	2017	6 500,00	1 495,00	7 995,00

Słownie: sześć tysięcy pięćset zł netto

siedem tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt pięć zł brutto

PREZES ZARZĄDU


mgr Hanna Blajer

12.10.2017r.

(data i podpis upelnomocnionego przedstawiciela

Wykonawcy)

POL-TAX 2 Sp. z o.o.
ul. Bora Komorowskiego 56c lok. 91
03-982 Warszawa
tel. (22) 616 55 11, fax: 616 60 95
NIP: 113-29-14-298, REGON: 365000690
.....

FORMULARZ CENOWY

(pieczęć wykonawcy)

Formularz cenowy

Usługa przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego za rok 2017

zadanie nr 2 dla: **Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu**

I.p.	Wyszczególnienie elementów usługi	Rok	Wartość netto w zł	VAT %	Cena brutto w zł.
1.	2.		5.	6.	7.
2.	Przeprowadzenie badania sprawozdania finansowego za rok 2017	2017	7 500,00	1 725,00	9 225,00

Słownie: *siedem tysięcy pięćset zł netto*

dziewięć tysięcy dwieście dwadzieścia pięć zł brutto

PREZES ZARZĄDU


mgr Hanna Bajer

12.10.2017 r.

.....
(data i podpis upoważnionego przedstawiciela

Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY*

o spełnieniu warunków określonych w zaproszeniu nr DZP/E/345/2017

Niżej wymieniony Wykonawca określony jako:

POL-TAX 2 Sp. z o.o., ul. Bora Komorowskiego 56C lok.91, 03-982 Warszawa

(nazwa i adres siedziby Wykonawcy zgodny z aktualnym odpisem z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej)

niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone szczegółowo w zaproszeniu nr DZP/E/345/2017 odnośnie:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego (t. jedn. z 1997 r. Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

PREZES ZARZĄDU


mgr Hanna Blajer

.....
(podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Warszawa, 12.10.2017 r.

.....
(miejsowość i data)

**W przypadku wykonawców ubiegających się wspólnie o zamówienie oświadczenie wypełnia i dołącza do oferty każdy z Wykonawców.*