

FORMULARZ OFERTOWY

**Generalna Dyrekcja Dróg
Krajowych i Autostrad
Oddział w Katowicach
ul. Myśliwska 5
40-017 Katowice**

Dotyczy zamówienia pn. „Świadczenie na rzecz Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad Oddział w Katowicach wraz z podległymi Rejonami kompleksowych usług telefonicznych z telefonów stacjonarnych w zakresie abonamentów i połączeń telefonicznych w naliczaniu sekundowym”.

Wykonawca:

.....
(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

.....
(NIP, REGON)

oferuje przedmiot zamówienia o nazwie:

„Świadczenie na rzecz Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad Oddział w Katowicach wraz z podległymi Rejonami kompleksowych usług telefonicznych z telefonów stacjonarnych w zakresie abonamentów i połączeń telefonicznych w naliczaniu sekundowym”.

za całkowitą cenę:

- netto, kwota podatku VAT (23 %) co łącznie stanowi cenę
oferty brutto:

(słownie zł)

- zgodnie z załączonym Formularzem cenowym (załącznik nr 4)

Dodatkowe informacje:**1. Warunki udziału w postępowaniu :**

Składając ofertę na zamówienie

„Świadczenie na rzecz Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad Oddział w Katowicach wraz z podległymi Rejonami kompleksowych usług telefonicznych z telefonów stacjonarnych w zakresie abonamentów i połączeń telefonicznych w naliczaniu sekundowym”.

Oświadczam/y, że spełniamy warunki udziału w wyżej wymienionym postępowaniu o udzielenie zamówienia postępowaniu pn. jak wyżej

_____dnia _____roku

Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika¹

¹ Formularz powinien być podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

2. Oświadczam/y iż deklarowany czas usunięcia awarii **wynosi**

L.p.	Czas usunięcia awarii	Zaznaczyć w jednej wybranej pozycji
1	Powyżej 7 godzin do 8 godzin	<input type="checkbox"/>
2	Powyżej 6 godzin do 7 godzin	<input type="checkbox"/>
3	Powyżej 4 godzin do 5 godzin	<input type="checkbox"/>
4	Powyżej 4 godzin do 5 godzin	<input type="checkbox"/>
5	Do 4 godzin	<input type="checkbox"/>

licząc od chwili przekazania przez Zamawiającego zgłoszenia o zaistniałej awarii – przerwie w świadczeniu usług telekomunikacyjnych lub awarii łączy (faksem, mailem lub telefonicznie) do chwili otrzymania od Wykonawcy zwrotnej informacji (faksem, mailem lub telefonicznie) o przywróceniu łączności telefonicznej.

_____dnia _____roku

Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika²

***UWAGA**

Czas usunięcia awarii stanowi kryterium oceny ofert zgodnie z opisem zamieszczonym w Ogłoszeniu/ Zapytaniu pkt. 6.2

Dane kontaktowe:

.....
(imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę, nr telefonu, nr faksu, adres e-mail)

² Formularz powinien być podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy