

**Formularz oferty - Zadanie nr 2**  
**na wykonanie zamówienia o wartości od 50 000,00 zł netto do 130 000,00 zł netto**

**I. Nazwa i adres Zamawiającego:**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie,  
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin

**II. Nazwa przedmiotu zamówienia:**

**„ Wykonanie koncepcji programowo - przestrzennej dotyczącej rozbudowy Kliniki  
Psychiatrii USK - 1 o budynek Centrum Diagnostyczno – Terapeutyczno -  
Rehabilitacyjnego w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 26.”**

**III. Nazwa i adres Wykonawcy:**

.....  
.....

NIP .....

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na ogólną kwotę usługi\*\*  
..... zł netto

(słownie: .....zł netto)

..... zł brutto

(słownie: ..... zł brutto)

2. Deklaruję ponadto:

a) termin wykonania zamówienia:

- realizacji umowy: 30 dni

3. Załącznikami do niniejszego formularza są:

a) .....

b) .....

.....

(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć, podpis Wykonawcy)