



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Świnoujście, 26/03/2019 r.

Znak sprawy: **ZP/07/2019**

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście**
(tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.: Dostawę wody źródlanej w butlach wraz z dzierżawą i serwisem dystrybutorów wody dla spółki Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.), zawiadamia się, że w dniu **26/03/2019 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

Załącznik nr 3 do SIWZ ZP/07/2019

FORMULARZ CENOWY

Ja (My), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa wykonawcy)

.....
(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

Dostawę wody źródlanej w butlach wraz z dzierżawą i serwisem dystrybutorów wody dla spółki Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

składamy niniejszy formularz cenowy:

Wykaz ilościowo – cenowy przedmiotu zamówienia:

Tabela nr 1

Lp.	Nazwa usługi	jm.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT stawka	Wartość VAT	Wartość brutto
1.	Woda źródlana niegazowana - butla	szt.	440					
RAZEM						X		

Tabela nr 2

Lp.	Nazwa usługi	jm	ilość	Cena jednostkowa netto/ 1 miesiąc	Ilość m-cy	Wartość netto	VAT stawka	Wartość VAT	Wartość brutto
1.	Dzierżawa	szt.	9		22				

RAZEM			X		
-------	--	--	---	--	--

Miejscowość:data:.....

¹ – wypełnić część na którą jest składana oferta.

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

Zmienia się na:

Załącznik nr 3 do SIWZ ZP/07/2019

FORMULARZ CENOWY

Ja (My), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa wykonawcy)

.....
(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

Dostawę wody źródlanej w butlach wraz z dzierżawą i serwisem dystrybutorów wody dla spółki Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

składamy niniejszy formularz cenowy:

Wykaz ilościowo – cenowy przedmiotu zamówienia:

Tabela nr 1

Lp.	Nazwa usługi	jm.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT stawka	Wartość VAT	Wartość brutto
1.	Woda źródlana niegazowana - butla	szt.	440					
RAZEM						X		

Tabela nr 2

Lp.	Nazwa usługi	jm	ilość	Cena jednostkowa netto/ 1 miesiąc	Ilość m-cy	Wartość netto	VAT stawka	Wartość VAT	Wartość brutto
1.	Dzierżawa	szt.	10		20				
RAZEM							X		

Miejscowość:data:.....

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska