 **SZPITAL SPECJALISTYCZNY**

**W BRZOZOWIE**

**PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY**

**im. Ks. Bronisława Markiewicza**

ADRES: 36-200 Brzozów, ul. Ks. J. Bielawskiego 18

**tel./fax. (013) 43 09 587**

**www.szpital-brzozow.pl e-mail:** [**zampub@szpital-brzozow.pl**](mailto:zampub@szpital-brzozow.pl)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sz.S.P.O.O. SZPiGM 3810/29/2023 Brzozów: 12.04.2023 r.

**Dotyczy postępowania**

**o udzielenie zamówienia publicznego:**

**usługa wykonania prac projektowych**

**Sygn. sprawy Sz.S.P.O.O. SZPiGM 3810/29/2023**

Zamawiający, na podstawie art. 137 ustawy Prawo zamówień publicznych, dokonuje następujących zmian w specyfikacji warunków zamówienia:

zmiana nr 1:

Specyfikacja warunków zamówienia w pkt. VI. 8. otrzymuje brzmienie (*obowiązująca treść podana kursywą):*

*8. Wykaz osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia wykonujących usługi projektowe – oświadczenie, załącznik nr 3 do SWZ.*

zmiana nr 2:

Załącznik nr 1 do specyfikacji warunków zamówienia, Wzór formularza ofertowego, otrzymuje brzmienie:

**Załącznik nr 1**

**Wzór formularza ofertowego**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące

udzielenie zamówienia na usługę

wykonania prac projektowych w zakresie opracowania kompletnej dokumentacji projektowo – kosztorysowej zadania pod nazwą: Budowa Budynku Izby Przyjęć Planowych dla Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza.

znak sprawy SZSPOO.SZPiGM. 3810/29/2023

Przedstawiamy następującą ofertę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi** | **Wartość netto**  **usługi w PLN** | **VAT %** | **Wartość brutto usługi w PLN** |
| Wykonanie prac projektowych w zakresie opracowania kompletnej dokumentacji projektowo – kosztorysowej zadania pod nazwą: Budowa Budynku Izby Przyjęć Planowych dla Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza. |  |  |  |

Termin płatności: ……………. (50 lub 60 dni)

Wykonawca:

………………………..……………

………………………………..……

……………………………..………

(*pełna nazwa/firma, adres)*

*NIP…………………..……………..*

*KRS w przypadku spółki ………………………….*

*Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:*

*……………………………………..*

*Nr tel. …………………………….*

*mail …………………..…………..*