OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612

Śląskie.
Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Załącznik Nr 14 do SWZ

Zadanie będzie dofinasowane ze środków budżetu Województwa Śląskiego

Wykonawca:

_____
imię i nazwisko lub nazwa (firma) wykonawcy

_____
adres wykonawcy

_____
NIP/REGON KRS/CEiDG

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam, że cena zaoferowana w przedmiotowym postępowaniu jest ceną ryczałtową obejmującą wykonanie całości Przedmiotu Zamówienia i jest to jedyne wynagrodzenie przysługujące mi z tytułu wykonania Przedmiotu Zamówienia. Jako profesjonalny uczestnik obrotu cenę skalkulowałem przy uwzględnieniu wszystkich wymogów, na podstawie własnych obliczeń, działań i szacunków, które byłem zobowiązany uwzględnić i wycenić, co uczyniłem w ramach kalkulacji ceny ofertowej, w której dokonałem wyceny wszelkich robót budowlanych, prac, dostaw i usług oraz innych czynności niezbędnych do należytego zrealizowania Umowy, w tym ewentualnych ryzyk (projektowych, technologicznych i innych), jak również ewentualnych innych prac wynikających z realizacji Przedmiotu Zamówienia.

Jednocześnie oświadczam, że w żadnym przypadku nie będę dochodził od Zamawiającego wzrostu wynagrodzenia z tytułu wykonania Przedmiotu Zamówienia, a oświadczenie niniejsze stanowi nieodwołalne zrzeczenie się roszczenia o wzrost wynagrodzenia z tytułu zamówienia publicznego.

Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy wraz z datą