**ДОДАТОК 3**

*ФІРМОВИЙ БЛАНК ПІДПРИЄМСТВА*

*(надається у разі наявності)*

*Уповноваженій особі*

*КНП « Вінницька міська клінічна лікарня №1*

**Цінова ПРОПОЗИЦІЯ**

Уважно вивчивши технічні вимоги , ми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назва учасника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подаємо свою пропозицію на участь у спрощеній закупівлі -«**Капітальний ремонт благоустрою прилеглої території по будівлі харчоблоку КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» по вул. Хмельницьке шосе, 96 в м. Вінниця (по зауваженням експертизи)»,** відповідно до вимог замовника торгів – КНП Вінницька міська клінічна лікарня №1

**Пропонуємо наступні ціни:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Найменування товару/робіт/послуг** | **Одиниця виміру** | **Кількість** | **Ціна**  **за одиницю,**  **без ПДВ, грн.** | **Ціна**  **за одиницю,**  **з ПДВ\*, грн.** | **Загальна вартість**  **з ПДВ\*, грн.** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| …n |  |  |  |  |  |  |
| Загальна вартість грн., без ПДВ | | | | | |  |
| ПДВ, грн. | | | | | |  |
| **Загальна вартість, грн., з ПДВ** | | | | | |  |

*\*ПДВ зазначається лише тими учасниками, які є платниками ПДВ, іншими учасниками зазначається сума з урахуванням тих податків, платниками яких вони є.*

**Ціна пропозиції становить - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(*вказати цифрами та словами*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ми погоджуємося з умовами, що Ви можете відхилити нашу пропозицію, та розуміємо, що Ви не обмежені у прийнятті будь-якої іншої пропозиції з більш вигідними для Вас умовами.

Якщо, за результатом електронного аукціону наша пропозиція буде визнана Замовником з найнижчою ціною, Ми погоджуємося у подальшому укласти Договір поставки.

Ми погоджуємося взяти на себе зобов’язання виконати всі умови, передбачені проектом договору, який наведений у Документації Замовника.

Цим підписом засвідчуємо свою безумовну згоду з усіма положеннями Документації та погоджуємося на виконання всіх умов та вимог, передбачених Документацією.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *Посада уповноваженої особи Учасника*  *М.П. (за наявності)* | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(підпис)* | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *П.І.Б.* |