FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** |  |
| pełna nazwa/firma  adres  NIP/PESEL, KRS/CEiDG (w zależności od podmiotu) |  |
| numer telefonu/faxu  adres poczty elektronicznej |  |
| reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji) |  |
| osoba do kontaktu |  |
| adres mailowy |  |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Świadczenie kompleksowych usług pralniczych na rzecz komórek organizacyjnych Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto Wykonawcy za wykonanie całości przedmiotu zamówienia: (\*)** | | |
| …………….…… zł .…….. gr | | słownie : ………………………………………………….………………………... |
| w tym: | | |
| netto: | ……… zł……. gr | słownie: ………………………..………..…………………………….…………… |
| podatek VAT: | ……… zł……. gr | słownie: ……………………………………………………………….…………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jakość: (\*\*)** | |
| **Rodzaj kryterium** | **Deklaracja Wykonawcy**  *Wykonawca wpisuje „TAK” jeżeli oferuje lub posiada odpowiednie wyposażenie*  *Jeżeli Wykonawca nie oferuje lub nie posiada odpowiedniego wyposażenia wpisuje „NIE”* |
| *Kolumna 1* | *Kolumna 2* |
| 1) Niniejszym oferuję dostarczenie dzierżawionych poszew, poszewek i prześcieradeł wykonanych z bezpyłowej tkaniny bawełnianej o gramaturze od 160 do 165 g/m2  *(Jeżeli w kol. 2 wpisano „TAK”, w celu dokonania oceny oferty Wykonawca do oferty dołączy dokumenty jednoznacznie informujące i potwierdzające spełnianie powyższych wymagań oraz wskazujące zaproponowaną gramaturę tkaniny)* |  |
| 2) Niniejszym oświadczam, że zakład (pralnia) – w miejscu świadczenia usługi, wyposażony jest w dwie pralnicze linie tunelowe zakończone prasą |  |
| 3) Niniejszym oświadczam, że zakład (pralnia) – w miejscu świadczenia usługi, wyposażony jest w minimum 3 pralnice przelotowe barierowe do prania odzieży pacjenta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin płatności: (\*\*\*)** | |
|  | niniejszym oferuję termin płatności 45 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie usługi |
|  | niniejszym oferuję termin płatności 60 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie usługi |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 36 miesięcy, licząc od planowanej daty świadczenia usługi, tj. od dnia 01.08.2025r.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje oświadcza, że:**

1. zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załącznikach i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości;
2. zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń;
3. ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia; cena brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
4. związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w treści SWZ;
5. akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo przez Zamawiającego w paragrafie 6 wzoru umowy – załącznika nr 4 do SWZ;
6. zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, iż: (\*\*\*\*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | jest mikro przedsiębiorcą |
|  | jest małym przedsiębiorcą |
|  | jest średnim przedsiębiorcą |
|  | prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą |
|  | jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej |
|  | inny rodzaj, jaki ............ |

**Uwaga!**

Porównaj zalecenie Komisji z 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U.L.124 z 20.05.2003, s.36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych. Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami, i które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Wykonawca oświadcza, że przedmiot zamówienia zamierza zrealizować **SIŁAMI WŁASNYMI / PRZY UDZIALE** (\*\*\*\*\*) podwykonawców.

Jeżeli Wykonawca zamierza zrealizować przedmiot zamówienia przy udziale podwykonawców wypełnia kolumnę 1 tabeli oraz – o ile jest znane Wykonawcy – wypełnia kolumnę 2 tabeli wskazując nazwy podwykonawców.

|  |  |
| --- | --- |
| Części zamówienia,  których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom  [kolumna 1] | Nazwy ewentualnych podwykonawców,  jeżeli są już znani  [kolumna 2] |
|  |  |
|  |  |

**Dane do umowy (\*\*\*\*\*\*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | | Stanowisko | |
|  | |  | |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** | | | |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku | | |
|  |  | | |

**Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Uzupełnić cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza cenowego – załącznika nr 1.1 do SWZ. Formularz Cenowy Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wraz z ofertą i stanowi on obligatoryjny załącznik do Formularza Ofertowego Wykonawcy.

(\*\*) Uzupełnić kryteria jakościowe oceny oferty

(\*\*\*) Uzupełnić termin płatności

(\*\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.

(\*\*\*\*\*) Uzupełnić - Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, oraz podania nazw ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani. W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza wykonywać zamówienia przy udziale podwykonawców, należy wpisać „nie dotyczy” lub inne podobne sformułowanie.

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pola) Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane siłami własnymi, bez udziału podwykonawców.

(\*\*\*\*\*\*) Uzupełnić.