

## Formularz Ofertowy

U W A G A: WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE WYKONAWCA.

### I. DANE WYKONAWCY:

(w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego Wykonawcę wymaga się wypełnienie punktu I dla każdego Wykonawcy osobno)

Nazwa Wykonawcy (ów): Ever Medical Care Sp. z o.o. – Lider Konsorcjum

Siedziba (ulica): ul. Arkuszowa 39

kod: 01-934

mięscowość: Warszawa

województwo: mazowieckie

NIP: 1182210257 REGON: 386382844

KRS/CEIDG: 0000847811

Adres e-mail: dzp.zywnienie@grupaeever.com.pl

tel.: 605 723 465 fax: nie dotyczy

Nazwa Wykonawcy (ów): Ever Catering Sp. z o.o. – Uczestnik Konsorcjum

Siedziba (ulica): ul. Arkuszowa 39

kod: 01-934

mięscowość: Warszawa

województwo: mazowieckie

NIP: 1182112684 REGON: 362454746

KRS/CEIDG: 0000574495

Adres e-mail: dzp.zywnienie@grupaeever.com.pl

tel.: 605 723 465 fax: nie dotyczy

Osoba/ y upoważniona/ e\* do reprezentowania firmy:

Patrycja Rowińska - Pełnomocnik

i podpisywania umowy:

zgodnie z KRS

Wykonawca Ever Medical Care Sp. z o.o. jest *średnim* (wpisać odpowiednio: mikro, małym, średnim, dużym) przedsiębiorcą.

Wykonawca Ever Catering Sp. z o.o. jest *średnim* (wpisać odpowiednio: mikro, małym, średnim, dużym) przedsiębiorcą.

Czy Wykonawca pochodzi z innych Państw członkowskich Unii Europejskiej: ~~TAK~~/NIE\*

*\*niepotrzebne skreślić*

II. Przedmiotem niniejszej oferty jest „Świadczenie usług gastronomicznych wraz z dystrybucją posiłków na poszczególne oddziały Spec. Psych. ZOZ w Łodzi. Znak sprawy: ZPIZ/PN/US/7/2024.”, zgodnie z wzorem umowy, stanowiącymi Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

III. Zobowiązuję/my się do zawarcia umowy na okres 36 miesięcy.

#### IV. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość ryczałtową wynagrodzenia w wysokości:

Ogólna wartość netto: **14 218 072,00 PLN**

VAT 8% tj. **1 137 445,76 PLN**

Ogólna wartość brutto: **15 355 517,76 PLN**

2. Doświadczenie dietetyka w obiektach związanych z prowadzeniem działalności leczniczej wynosi: **84** miesiące zgodnie z wymogami SWZ.

3. Oferujemy termin płatności faktury VAT: **60** dni zgodnie z wymogami SWZ.

#### V. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

2. Oświadczam/y, że jesteśmy związani złożoną ofertą przez okres 90 dni tj. **do dnia 25.06.2024 r.** – bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

3. Akceptuję/my przedstawiony w SWZ projekt umowy i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązujemy się do podpisania umowy w zakresie, którego dotyczy złożona oferta, na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami zamówienia oraz dokumentami dotyczącymi przedmiotu zamówienia i akceptujemy je bez zastrzeżeń.

5. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. Ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,

6. Oświadczam/y, że gwarantujemy stałość cen i wartości brutto przez cały okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem postanowień umowy.

7. Oświadczam/y, że niżej wymienione części niniejszego zamówienia powierzę podwykonawcom:

<b>NIE DOTYCZY/DOTYCZY*</b>	O ile dotyczy podać zakres – opis części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcy oraz procentowy udział części zamówienia powierzonego podwykonawcy.
	1. nieznane na etapie składania ofert 2. 3. 4. etc.

*\*niepotrzebne skreślić*

Niewypełnienie powyższej tabeli spowoduje przyjęcie, iż Wykonawca samodzielnie bez udziału podwykonawców wykonana niniejsze zamówienie.

8. **Oferta zawiera/nie zawiera\*** dokumenty, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233 z późn. zm.) i nie mogą być przez Zamawiającego udostępniane innym Wykonawcom \*,

*\*niepotrzebne skreślić*

9. Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na dokonywanie przez Zamawiającego płatności w systemie

podzielonej płatności.

10. Oświadczam/y, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w moim/naszym imieniu jest rachunkiem, dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 2488 z późn. zm.) prowadzony jest rachunek VAT.

11. Zobowiązujemy się do niezbywania wierzytelności, przysługujących nam w stosunku do Spec. Psych. ZOZ w Łodzi osobom trzecim bez pisemnej zgody Zamawiającego.

12. Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na porozumiewanie się z nami za pomocą poczty elektronicznej oraz otrzymanie tą drogą informacji o wynikach postępowania oraz zaproszenia do zawarcia umowy.

13. Osobą odpowiedzialną za wykonanie zobowiązań i kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy jest [Jakub Nowak](#)

telefon kontaktowy: 502 024 197 faks : nie dotyczy

e-mail (czytelnie)[jakub.nowak@grupaeever.com.pl](mailto:jakub.nowak@grupaeever.com.pl)

## **VI. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty i oświadczenia:**

1/ Pełnomocnictwo

2/ JEDZ Ever Medical Care i Ever Catering

3/ załącznik nr 5

4/ załącznik nr 7

5/ ISO = HACCP

6/ załącznik nr 1a

7/ TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA wykaz osób – załącznik nr 8

8/ uzasadnienie tajemnicy przedsiębiorstwa

*Pouczony o odpowiedzialności karnej (m. in. z art. 270, 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm. oświadczam, że oferta oraz załączone do niej dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty.*

Warszawa, dnia [27.03.2024r.](#)

[Patrycja Rowińska](#)- Pełnomocnik

(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)