Załącznik nr 1 do SWZ

(Załącznik nr 2 do Umowy)

**nr PZS/TP/18/2024**

**ŚWIADCZENIE USŁUG TRANSPORTU MEDYCZNEGO DLA POWIATOWEGO ZESPOŁU SZPITALI**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KRS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Województwo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba reprezentująca Wykonawcę do wpisania w umowie (uzupełnić obowiązkowo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deklaracja odnośnie sposobu podpisania umowy: podpis odręczny / podpis kwalifikowany (zaznaczyć właściwe)

Osoba do kontaktu w trakcie postępowania (Imię, Nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba do kontaktu w trakcie realizacji umowy (Imię, Nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr **PZS**/**TP/18/2024** prowadzonym w trybie podstawowym zgodnie z art. 275 pkt. 1) Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych **(Dz.U.2023.1605 z późń. zm.)** na „**ŚWIADCZENIE USŁUG TRANSPORTU MEDYCZNEGO DLA POWIATOWEGO ZESPOŁU SZPITALI” .**

**Oferent oferuje wykonanie zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ):**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług w zakresie transportu medycznego** składam ofertę zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ oraz formularzem cenowym na następujące zadania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość brutto zadania**  (Kryterium nr 1) | **Czas dojazdu do Zamawiającego**  (Kryterium nr 2)  minimum 1 minuta, maksimum 60 minut |
| **1** | **Transport sanitarny zespołem Podstawowym, zwanym dalej „Zespołem P” oraz zespołem Specjalistycznym, zwany dalej „Zespołem S”.** |  |  |
| **2** | **Transport sanitarny zespołem Transportowym, zwanym dalej „Zespołem T”.** |  |  |

Wykonawcy zobowiązani są do określenia czasu dojazdu do Zamawiającego w minutach. W przypadku nie wpisania czasu dojazdu Zamawiający przyjmie termin powyżej 60 minut.

**Niniejszym oświadczam, że Wykonawca jest gotowy do realizacji zamówienia na warunkach określonych   
przez Zamawiającego w treści ogłoszenia o zamówieniu oraz w niniejszej ofercie.**

Załączniki do oferty:

1. Formularz cenowy
2. Oświadczenie art.125 ustawy PZP.
3. Pełnomocnictwo
4. …………………
5. ………………..

Oświadczamy, że:

1. Jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert.
2. Akceptujemy istotne postanowienia umowy (wzór umowy zał. Nr.3) i zobowiązujemy się w razie wybrania naszej oferty do podpisania umowy zgodnie z wymogami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacja Warunków Zamówienia i że spełniamy wszystkie zawarte w niej wymagania, przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty.

Składając ofertę w przedmiotowym postępowaniu oświadczam, że **wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO** (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)  wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu (w przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa - usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

---------------------------------------

Informacja dla Wykonawcy:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu.