

FORMULARZ OFERTOWY

1. ZAMAWIAJĄCY:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego,
ul. Koszarowa 5
51-149 Wrocław

2. WYKONAWCA:

Niniejsza oferta została złożona przez:

Ja / My, niżej podpisany/i

działając w imieniu i na rzecz:

Lp.	Nazwa Wykonawcy/-ów	Adres/-y Wykonawcy/-ów	NIP, REGON, KRS Wykonawcy/-ów
			NIP ¹ : REGON ² : KRS ³ :

3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM

Imię i Nazwisko	
Adres e-mailowy numer telefonu	

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym na wykonanie zamówienia pn.:

„Opracowanie kompletnej dokumentacji projektowej dla modernizacji Oddziału nr VII - Gastroenterologii, Hepatologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit na 2 piętrze w budynku A1, znajdującego się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.”

¹ Jeżeli dotyczy.

² Jeżeli dotyczy.

³ Jeżeli dotyczy.

Oferuję/my realizację przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym SWZ i jej załącznikami na następujących warunkach:

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Kryterium nr 1 - Cena	łączna cena netto: PLN
	zastosowana stawka VAT wynosi
	ŁĄCZNA CENA BRUTTO za wykonanie etapów od I do IV tj. pkt od 1 do 4: PLN
	<ol style="list-style-type: none">1. z tytułu wykonania Etapów I, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;2. z tytułu wykonania Etapów II, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;3. z tytułu wykonania Etapów III, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;4. z tytułu wykonania Etapów IV, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 4; , kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto, płatna w trzech równych częściach:<ol style="list-style-type: none">a) I płatność: , kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;b) II płatność: , kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;c) III płatność: , kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto
	Nadzór autorski obejmuje maksymalnie 20 wizyt (pobytów na budowie).

5. Oświadczenia wykonawcy

- a. W ramach kryterium nr 2 wskazuję doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia:

Lp.	Stanowisko	Opis doświadczenia zawodowego osób wykonujących zamówienie (parametry fakultatywne)
Kryterium nr 2 - doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia	Projektant branży konstrukcyjno-budowlanej	Doświadczenie zawodowe polegające na wykonaniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należycie wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu dokumentacji projektowej w zakresie konstrukcyjno-budowlanym obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m ² .

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

		<p>Zamawiający wymaga spełnienia powyższego warunku pod rygorem odrzucenia oferty na podstawie PZP art. 226 ust. 1 pkt 5 Pzp.</p> <p>Projektant branży konstrukcyjno-budowlanej wykonał:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 usługę projektową</p> <p><input type="checkbox"/> 2 usługi projektowe</p> <p><input type="checkbox"/> 3 usługi projektowe</p> <p>W przypadku nie zaznaczenia żadnej pozycji Zamawiający uzna, że wykonana została jedna usługa.</p>
--	--	--

- b.** W ramach kryterium nr 3 wskazuję doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia:

Lp.	Stanowisko	Opis doświadczenia zawodowego osób wykonujących zamówienie (parametry fakultatywne)
Kryterium nr 3 - doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia	Technolog medyczny	<p>Doświadczenie zawodowe polegające na wykonaniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należycie wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu projektu w zakresie technologii medycznej obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m².</p> <p>Zamawiający wymaga spełnienia powyższego warunku pod rygorem odrzucenia oferty na podstawie PZP art. 226 ust. 1 pkt 5 Pzp.</p> <p>Technolog medyczny wykonał:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 usługę projektową</p> <p><input type="checkbox"/> 2 usługi projektowe</p>

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

		<input type="checkbox"/> 3 usługi projektowe W przypadku nie zaznaczenia żadnej pozycji Zamawiający uzna, że wykonana została jedna usługa.
--	--	--

- c. Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z udziału w niniejszym postępowaniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz nie zachodzą w stosunku do mnie, w tym także do podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polegam (w przypadku gdy przypada na nich ponad 10% wartości zamówienia), przesłanki, o których mowa w art. 5k ust. 1 rozporządzenia rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
- d. Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodnym wymaganiami wskazanymi w OPZ (zał. Nr 1 do SWZ).
- e. Oświadczam/y, że wykonam/y przedmiot zamówienia w terminie wskazanym w SWZ.
- f. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
- g. Oświadczam/y, że w realizacji zamówienia będą uczestniczyć osoby posiadające wymagane uprawnienia niezbędne do wykonania usługi objętej przedmiotem zamówienia publicznego.
- h. Oświadczamy/y, że:
- ✓ **Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom (należy skreślić jeżeli nie dotyczy).
 - ✓ **Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującego zakresu zamówienia (należy wypełnić poniższą tabelę, jeżeli dotyczy lub skreślić jeżeli nie dotyczy):

Lp.	Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom	Firma (nazwa) podwykonawcy
1.		
2.		

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**

- i. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.
- j. Oświadczam/my, że zapoznałem/-liśmy się z treścią SWZ, jej załącznikami, w tym wzorem umowy (załączniki nr 3 do SWZ) i OPZ wraz z załącznikami (załącznik nr 1 do SWZ) oraz wszystkimi dot. ich modyfikacjami (jeżeli dotyczy) i w pełni akceptujemy ich treść.
- k. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą podpiszę umowę na warunkach określonych w SWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
- l. Oświadczam/my, że:
- 1) wybór naszej oferty **nie będzie*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
 - 2) wybór naszej oferty **będzie*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

**niepotrzebne skreślić*

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w poniższej tabeli:

Lp.	Nazwa(rodzaj) towaru/usługi	Wartość towaru/ usługi bez kwoty podatku	Stawka podatku od towarów i usług, która będzie miała zastosowanie

W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji, Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego będzie miało zastosowanie w przypadku:

- ✓ wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
- ✓ importu usług lub towarów.

m. Oświadczam/my, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/ -liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu**.

**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*

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

***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, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis „nie dotyczy”.*

n. Oświadczam/my, że jako wykonawca jestem/-śmy (niepotrzebnie skreślić):

- mikro przedsiębiorstwem
- małym przedsiębiorstwem
- średnim przedsiębiorstwem

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.

o. Oświadczam/y, że oferta i załączniki **zawierają/nie zawierają*** (niepotrzebnie skreślić) następujące informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji:

.....
.....

(wypełnić jeżeli dotyczy i dołączyć uzasadnienie)

p. Wskazuję, że Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych (<https://ekrs.ms.gov.pl/> lub <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>) **odpis lub informację z Krajowego Rejestru Sądowego / Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*** lub innego właściwego rejestru pod adresem: <http://>..... (wskazać adres strony internetowej).

r. Oświadczam, że złożyłem wadium w wysokości zł
(...../100) w formie

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

**** niepotrzebne skreślić***

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl