**Formularz ofertowy Wykonawcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

............................................................................

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

*............................................................................*

*............................................................................*

*(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 usługi bieżącego zarządzania oraz sprawowania nadzoru nad realizacją projektu pn.: „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Kraków Południe”** |

|  |
| --- |
| **Cena/wynagrodzenie ryczałtowe brutto Wykonawcy za wykonanie całości przedmiotu zamówienia: (\*)** |
| …………….…… zł .…….. gr | słownie : ………………………………………………….………………………... |
| w tym stawka podatku VAT: | ........... % / zwolnienie na podstawie: .......................................................... (#) |

***(#) Uwaga! Niepotrzebne skreślić!***

*Wykonawca winien jednoznacznie wskazać stawkę podatku VAT lub zwolnienie i jego podstawę prawną.*

w tym:

|  |  |
| --- | --- |
| Cena/wynagrodzenie ryczałtowe brutto za realizację przedmiotu zamówienia za jeden miesiąc: (\*) | ............................................................ zł. |

**Termin płatności (\*\*)**

|  |
| --- |
| Niniejszym oferuję termin płatności **14 dni / 30 dni / 45 dni (\*\*)** liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie usługi |

**Jakość dotycząca organizacji świadczenia usługi (\*\*\*)**

|  |
| --- |
| Niniejszym **oferuję / nie oferuję (\*\*\*)** świadczenie usługi dodatkowo w drugi wybrany przez Zamawiającego roboczy dzień tygodnia – poniedziałek, wtorek, czwartek lub piątek, w godzinach 7.30 – 15.00 przebywając w siedzibie Zamawiającego, tj. w Krakowie przy ul. dr. Józefa Babińskiego 29.  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** od dnia 02 maja 2022r. do dnia 31 grudnia 2023r.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w sekcji XVI SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo w paragrafie 4 wzoru umowy – załącznik 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.

7) **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.*

**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 w całości oraz cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia za jeden miesiąc świadczenia usługi;

(\*\*) Uzupełnić termin płatności (poprzez przekreślenie nieoferowanego) - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 14 dni, lub 30 dni, lub 45 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej wykonanie usługi.

W przypadku nie przekreślenia przez Wykonawcę nieoferowanych dni terminu płatności lub pozostawienia tego punktu formularza niewypełnionego, Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 14 dniowy termin płatności.

(\*\*\*) Uzupełnić (poprzez przekreślenie nieoferowanego) jakość dotycząca organizacji świadczenia usługi - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu świadczenie usługi dodatkowo w drugi wybrany przez Zamawiającego roboczy dzień tygodnia – poniedziałek, wtorek, czwartek lub piątek, w godzinach 7.30 – 15.00 przebywając w siedzibie Zamawiającego, tj. w Krakowie przy ul. dr. Józefa Babińskiego 29.

Nie przekreślenie przez Wykonawcę słowa „oferuję” lub słowa „nie oferuję” lub pozostawienie tego punktu formularza niewypełnionego oznacza, że Wykonawca nie zaoferował drugiego dnia świadczenia usługi.

(\*\*\*\*) Wskazać właściwe.

(\*\*\*\*\*) Uzupełnić.