Załącznik nr 1

**F O R M U L A R Z O F E R T Y - modyfikacja**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu ................................................................................................................................................................

Regon:........................................................................ NIP:...........................................BDO…………………………………………….

Województwo.............................................................. Powiat……........................................................................................

Internet: http://........................................................... **e-mail:............................................@..........................................**

KRS: ……………………………………… (jeżeli dotyczy)

**Wykonawca jest: \***

* Mikroprzedsiębiorstwem [[1]](#footnote-1),
* Małym przedsiębiorstwem [[2]](#footnote-2),
* Średnim przedsiębiorstwem [[3]](#footnote-3),
* Jednoosobową działalnością gospodarczą,
* Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* Innym rodzajem

**UWAGA \*zaznaczyć właściwe**

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do ogłoszenia zamieszczonego w Biuletynie Zamówień Publicznych **na świadczenie usług pocztowych dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi – numer sprawy 107/PP/ZP/U/2024**:

1. Oferujemy wykonanie usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia- załącznikiem 1A w cenach jednostkowych podanych w Formularzu asortymentowo cenowym (załącznik nr 2), stanowiącvch integralną część niniejszej oferty, na warunkach określonych we wzorze umowy.
2. Należności wynikające z faktur, Nadawca regulować będzie przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze w **terminie do 21 dni** kalendarzowych od daty jej wystawienia. Na poleceniu przelewu Nadawca zobowiązany jest określić tytuł wpłaty "FV Nr \_\_\_\_\_\_\_\_ Umowa ID nr .................../...” za dzień zapłaty faktury przyjmuje się dzień uznania rachunku bankowego Poczty.

Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy

który jest zgodny:

* **z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT \***
* **z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \***

*\*niewłaściwe skreślić*

1. Deklarujemy posiadanie ……………. (**minimum 500**) placówek pocztowych.
2. Nasze numery kontaktowe pod jakie należy zgłaszać wszelkie kwestie związane z wykonywaniem usługi to:

**tel. stacjonarny ………………………….…….……, tel. komórkowy …………………………………..………,**

**faks …………………………………………...………, mail ……………………………………………………………**

1. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku pod nazwą ……………….. stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając w pliku ………………… dokumenty, potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
2. **Usługę, stanowiącą przedmiot zamówienia** wykonamy sami / przy udziale podwykonawcy\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia:

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

*\*W przypadku nie wpisania części zamówienia, którą zrealizuje Podwykonawca, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca wykona zamówienie sam*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

b) **w konsorcjum z**:

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Niniejszym, zgodnie z art. 225 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że świadczenie usługi oferowane w ramach przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, **prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

*\* niepotrzebne skreślić*

Świadczenie niżej wymienionych usług, oferowanych w ramach niniejszego postępowania prowadzi w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: \*

- ......................................................................................................................................................

- ......................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, wskazać ich wartość bez kwoty podatku oraz stawkę podatku VAT).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\***

1) 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).

\* 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 – należy niepotrzebne skreślić

1. Zobowiązujemy się umieszczać na każdej fakturze PRAWIDŁOWĄ nazwę Zamawiającego, która brzmi: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów lub skróconą, która brzmi: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów, pod rygorem poniesienia negatywnych skutków z tego tytułu.
2. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników-plików wraz z tytułami)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. (Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-1)
2. (Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-2)
3. 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** [↑](#footnote-ref-3)