**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 kompleksowych usług pralniczych **na rzecz komórek organizacyjnych Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie**  |

**Cena ryczałtowa brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia stanowi kwotę (\*)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł \_\_\_\_\_\_\_\_ gr

słownie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ groszy

**w tym:**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kwota podatku VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Termin płatności (\*\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | oferuję termin płatności 30 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie usługi |
|  | oferuję termin płatności 45 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie usługi |
|  | oferuję termin płatności 60 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie usługi |

**Jakość (\*\*\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj kryterium** | **Deklaracja Wykonawcy**Jeżeli Wykonawca oferuje lub posiada odpowiednie wyposażenie wpisuje „TAK”Jeżeli Wykonawca nie oferuje lub nie posiada odpowiedniego wyposażenia wpisuje „NIE” |
| *Kolumna 1* | *Kolumna 2* |
| a) Niniejszym oferuję dostarczenie dzierżawionych poszew, poszewek i prześcieradeł wykonanych z bezpyłowej tkaniny bawełnianej o gramaturze od 160 do 165 g/m2*(Jeżeli Wykonawca w kol. 2 wpisał „TAK”, w celu dokonania oceny oferty Wykonawca do oferty dołączy dokumenty producenta poszew, poszewek i prześcieradeł jednoznacznie informujące i potwierdzające gramaturę i rodzaj tkaniny, z której wykonane będą i dostarczone poszwy, poszewki i prześcieradła)* |  |
| b1) Niniejszym oświadczam, że zakład w którym świadczone będą usługi pralnicze wyposażony jest w dwie pralnicze linie tunelowe zakończone prasą |  |
| b2) Niniejszym oświadczam, że zakład w którym świadczone będą usługi pralnicze wyposażony jest w przelotową komorę dezynfekcyjną wózków transportowych |  |
| b3) Niniejszym oświadczam, że zakład w którym świadczone będą usługi pralnicze wyposażony jest w komorę dezynfekcyjną ze zintegrowaną drukarką umożliwiającą wydruk parametrów procesów dezynfekcji |  |
| b4) Niniejszym oświadczam, że zakład w którym świadczone będą usługi pralnicze wyposażony jest w minimum 3 pralnice przelotowe barierowe do prania odzieży pacjenta |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy** – 36 miesięcy, licząc od dnia 30 maja 2022r.

**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 w następujący sposób:

Zamawiający zapłaci Wykonawcy wynagrodzenie w formie przelewu na rachunek bankowy - w terminie do …. dni *(ilość dni zgodna z deklaracją Wykonawcy z Formularza ofertowego), licząc* od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

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, że jest

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM / MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŻADNYM Z POWYŻSZYCH (\*\*\*\*)**

8) Oświadcza, że przedmiot zamówienia zamierza zrealizować **SIŁAMI WŁASNYMI / PRZY UDZIALE** (\*\*\*\*\*) podwykonawców.

*Jeżeli Wykonawca zamierza zrealizować przedmiot zamówienia przy udziale podwykonawców wypełnia kolumnę 1 tabeli oraz – o ile jest znane Wykonawcy – wypełnia kolumnę 2 tabeli wskazując nazwy podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Części zamówienia,**których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom**[kolumna 1]* | *Nazwy ewentualnych podwykonawców,* *jeżeli są już znani**[kolumna 2]* |
|  |  |
|  |  |

**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 kwalifikowalnym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Uzupełnić cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza cenowego – załącznika nr 1.1 do SWZ.

Formularz Cenowy Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wraz z ofertą i stanowi on obligatoryjny załącznik do Formularza Ofertowego Wykonawcy.

(\*\*) Uzupełnić termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 30 dni, lub 45 dni, lub 60 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej usługę.

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pola) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.

(\*\*\*) Uzupełnić kryteria jakościowe – Jeżeli Wykonawca oferuje lub posiada odpowiednie wyposażenie wpisuje „TAK” w kolumnie 2 rozpatrując zapis w każdym wierszu z osobna. Jeżeli Wykonawca nie oferuje lub nie posiada odpowiedniego wyposażenia wpisuje „NIE” w kolumnie 2 rozpatrując zapis w każdym wierszu z osobna.

Dodatkowo w celu dokonania oceny ofert wg kryterium określonego w lit. a) Wykonawca – do oferty dołączy dokumenty producenta poszew, poszewek i prześcieradeł jednoznacznie informujące i potwierdzające gramaturę i rodzaj tkaniny, z której wykonane będą i dostarczone poszwy, poszewki i prześcieradła. Brak załączonego dokumentu/ów do oferty spowoduje, że Zamawiający nie przyzna Wykonawcy 6 pkt.

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pola w kolumnie 2) Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zaoferował lub nie posiada odpowiedniego wyposażenia.

(\*\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.

(\*\*\*\*\*) Uzupełnić - Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, oraz podania nazw ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani. W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza wykonywać zamówienia przy udziale podwykonawców, należy wpisać „nie dotyczy” lub inne podobne sformułowanie.

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pola) Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane siłami własnymi, bez udziału podwykonawców.

(\*\*\*\*\*\*) Uzupełnić.