Załącznik Nr 2 do SWZ

Pieczęć Wykonawcy

#####  Formularz oferty /wzór/

**Zamawiajcy: Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu,
ul. B. Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań**

**Dane Wykonawcy:**

###### Pełna nazwa: ..........................................................................................................................................

###### ..................................................................................................................................................................

Adres (kod, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu):

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

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

REGON:............................... NIP: ..................................

Numer telefonu:...............................................................

Adres e-mail: ...................................................................

wpisany do rejestru.................................................................................................................................... pod nr .......................................................................................................................................................

Rodzaje Wykonawcy:

□ mikroprzedsiębiorstwo

□ małe przedsiębiorstwo

□ średnie przedsiębiorstwo

□ jednoosobowa działalność gospodarcza

□ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

□ inny rodzaj

(zaznaczyć odpowiednie)

Osoba do kontaktu (imię i nazwisko, telefon i/lub adres e-mail) .................................................................................................................................................................

1. Nawiązując do ogłoszenia w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn.: **"****Świadczenie usług w zakresie prania bielizny szpitalnej"** znak sprawy:**ADZP-381-20/21**, oświadczam/oświadczamy, że oferuję/oferujemy wykonanie zamówienia za następującą cenę i na następujących warunkach:

Cena netto za 1 kg :…… zł

Stawka podatku VAT wynosi …… %

Kwota podatku VAT wynosi ……….. zł

Cena brutto za 1 kg: ……… zł (słownie:…)

Przy szacowanej ilości **202 400 kg** prania w **22 miesięcznym** okresie obowiązywania umowy:

wartość netto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi....................... zł

stawka podatku VAT wynosi ......%

kwota podatku VAT wynosi ................................ zł

wartość brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi....................... zł

(słownie:......................................................................................................................zł),

czas reakcji od zgłoszenia (CITO): ……………..(podać)

**UWAGA**: Czas reakcji będzie mierzony na podstawie mapy umieszczonej na stronie: https://maps.google.pl – wariant komunikacji: samochodem (szybka, krótka itp.).

warunki płatności 60 dni.

* + - * 1. Oświadczam/oświadczamy, że w cenie mojej/naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
				2. Oświadczam/oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze SWZ, nie wnoszę/wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskałem/uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.
				3. Oświadczam/oświadczamy, że zawarte w SWZ Projektowane Postanowienia Umowy zostały przeze/przez mnie/nas zaakceptowane i zobowiąuję/zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia Umowy na określonych w nich warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
				4. Oświadczam/oświadczamy, że uważam/uważamy się za związanego/związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
				5. Oświadczam/oświadczamy, że posiadamy aktualną opinię wydaną przez Państwowego Inspektora Sanitarnego właściwego ze względu na miejsce wykonywania usługi, potwierdzającą ,że Wykonawca jest pralnią z barierą higieniczną przystosowaną do prania bielizny szpitalnej, w tym bielizny z oddziałów noworodkowych i zakaźnych
				6. Na podstawie art. 225 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Ustawy Pzp
				(Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn.zm.)oświadczam/oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:
1. **nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\***
2. **prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\***

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania: ..........................................................................………………………………………….

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku: ……….........……………………………………….. zł

* + - * 1. Całość zamówienia zamierzam/zamierzamy wykonać sami/następujące części zamówienia zamierzam/zamierzamy zlecić podwykonawcom\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca** **zamierza powierzyć podwykonawcom** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani** |
|  |  |
|  |  |

* + - * 1. Oświadczam/oświadczamy, że wypełniłem/wypełniliśmy 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/pozyskaliśmy
				w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
				2. Oświadczam/oświadczamy, że pralnia zastępcza spełnia wszystkie wymogi świadczenia usług pralniczych w zakresie prania bielizny szpitalnej, noworodkowej oraz bielizny z oddziałów zakaźnych - …………………………… (podać adres pralni zastępczej). Jednocześnie zobowiązujemy się na każde wezwanie udostępnić aktualną opinię wydaną przez Państwowego Inspektora Sanitarnego właściwego ze względu na miejsce wykonywania usługi, potwierdzającą, że pralnia zastępcza posiada barierę higieniczną przystosowaną do prania bielizny szpitalnej, w tym bielizny z oddziałów noworodkowych i zakaźnych.
				3. Płatność będzie dokonywana przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………..
				4. W przypadku wyboru oferty za ofertę najkorzystniejszą:
* Osoba uprawniona do podpisania umowy: ……………………………………..
* Osoba do kontaktów w sprawie realizacji umowy: ……………………………..

 tel.: ………………………………, faks: …………………e-mail:……………………..

* + - * 1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1) ………………………………………………….. ……

2) ................................................................................

\*/ niepotrzebne skreślić

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

 (pieczęć i podpis osoby uprawnionej lub
 upoważnionej przez wykonawcę)

 ….............................................

(miejscowość, data)