**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.: |
| **Dostawy warzyw, w tym kiszonych i owoców** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nr załącznika do SWZ** | **OFERTA WYKONAWCY (\*)** |
| **Kwota [cena] netto****zł** | **Kwota podatku VAT****zł** | **Kwota [cena] brutto****zł** |
| Pakiet I | Załącznik nr 1.1 do SWZ |  |  | *cyfrowo:* |  |
| *słownie:* |  |
| Pakiet II | Załącznik nr 1.2 do SWZ |  |  | *cyfrowo:* |  |
| *słownie:* |  |
| Pakiet III | Załącznik nr 1.3 do SWZ  |  |  | *cyfrowo:* |  |
| *słownie:* |  |
| Pakiet IV | Załącznik nr 1.4 do SWZ |  |  | *cyfrowo:* |  |
| *słownie:* |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 5 miesięcy, od dnia 01.06.2021r.

**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 SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone w następujący sposób:

*Zapłata nastąpi w formie przelewu na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 30 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury Zamawiającemu*

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:

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

**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 - po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.4 do SWZ. Formularz/e cenowy/e stanowi/ą załączniki do niniejszego Formularza ofertowego.*

*(\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*) Uzupełnić.*