**Formularz ofertowy Wykonawcy**

**ZMIANA Z DNIA 16.08.2021R.**

**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 cateringowej w zakresie dostarczenia gotowego obiadu  dla Oddziału Dziennego Dzieci i Młodzieży oraz Hostelu  w Szpitalu Klinicznym im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie |

**Cena ryczałtowa brutto za jeden obiad stanowi kwotę(\*):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka** | **Cena jednostkowa netto**  **[za 1 szt. obiadu]** | **Podatek VAT**  **[8%]**  **[kwota zł]** | **Cena jednostkowa brutto**  **[za 1 szt. obiadu]** |
| Obiad | 1 szt. |  |  |  |

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

16 244 obiady x .................. zł (cena jednostkowa brutto za 1 obiad) = **............................ zł .............. gr**

słownie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_złotych \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ groszy

**w tym:**

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

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

|  |
| --- |
| **Termin płatności (\*\*):** |
| Niniejszym oferuję/my termin płatności wynoszący **………..….. dni (\*\*)** liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej usługę.  *(Należy wpisać ilość dni. Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności* ***30 dni lub 45 dni*** *liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej usługę)* |

|  |
| --- |
| **Aspekt społeczny (\*\*\*):** |
| Niniejszym oświadczam(my), że do realizacji zamówienia Wykonawca ZATRUDNI/NIE ZATRUDNI (\*\*\*) co najmniej dwie osoby posiadające status osoby niepełnosprawnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn.: Dz.U. z 2021 r. poz. 573), na podstawie umowy o pracę w wymiarze co najmniej ½ etatu każda osoba niepełnosprawna.  *(**Należy przekreślić niewłaściwe)* |

**Termin wykonania zamówienia:**

- w zakresie dostarczania obiadów dla dzieci i młodzieży w Oddziale Dziennym – 24 miesiące, licząc od dnia 01.09.2021r;

- w zakresie dostarczania obiadów dla dzieci i młodzieży z Hostelu – 21 miesięcy, licząc od dnia 01.12.2021r.

**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 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) Oświadcza, że akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia określone we wzorze umowy – załączniku nr 4 do SWZ, w § 2 i 6 umowy.

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 ryczałtową netto i brutto za jeden obiad, w tym kwotę podatku Vat oraz cenę ryczałtową brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia;*

*(\*\*) Uzupełnić proponowany termin płatności. Jeżeli Wykonawca nie uzupełni terminu płatności w niniejszym Formularzu Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.*

*(\*\*\*) Przekreślić niewłaściwe.*

*(\*\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*\*\*) Uzupełnić.*