

<b>Zamawiający:</b>	<b>Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy 26-026 Morawica, ul. Spacerowa 5</b>
<b>Nazwa Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:</b>	Nie dotyczy
<b>Dane Wykonawcy:</b>	
<b>Nazwa Wykonawcy:</b>	Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach
<b>Ulica, nr domu i nr lokalu:</b>	ul. Św. Leonarda 10
<b>Miejscowość i kod pocztowy:</b>	Kielce, 25-311
<b>Województwo:</b>	świętokrzyskie
<b>NIP:</b>	6572285975
<b>Regon:</b>	291150544
<b>KRS/CEiDG*</b>	0000004608
<b>Telefon, e-mail:</b>	41 344 26 47, scrmits@post.pl
<b>Czy Wykonawca jest przedsiębiorstwem <sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem <input type="checkbox"/> Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem <input type="checkbox"/> Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem <input type="checkbox"/> Wykonawca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej <input checked="" type="checkbox"/> inny rodzaj (zaznaczyć właściwą odpowiedź)
<b>Adres do korespondencji</b> (jeżeli jest inny niż podany powyżej):	Jw.
<b>Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym w sprawie przedmiotu zamówienia:</b>  Telefon, e-mail	<b>Tel. 41 344 26 47 wew. 235, urszula.telicka@scrmits.pl</b>

<sup>1</sup>**Mikro przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie są mikro przedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

\*niepotrzebne skreślić

Odpowiadając na publiczne ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu **Nr EZP-252-37/2023** prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn.: „**Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego**” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia, wg. cen jednostkowych zawartych w formularzu cenowym – Załącznik Nr 2 za następującą cenę:

**netto: 385.762,00 zł, słownie: trzysta osiemdziesiąt pięć tysięcy siedemset sześćdziesiąt dwa zł**

**podatek VAT: zwolniony, słownie: - zł**

**brutto: 385.762,00 zł, słownie: trzysta osiemdziesiąt pięć tysięcy siedemset sześćdziesiąt dwa zł**

1. Wykonawca będzie fakturował wykonaną usługę dwa razy w miesiącu, a Zamawiający dokona zapłaty przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie **30 dni** od daty otrzymania faktury VAT.
2. Za datę zapłaty strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego. W przypadku zwłoki w zapłacie Wykonawcy przysługują odsetki ustawowe za opóźnienie.
3. Wykonawca zobowiązany jest zrealizować przedmiot zamówienia sukcesywnie wg potrzeb Zamawiającego w ciągu 24 miesięcy od pierwszego dnia obowiązywania umowy.
4. Oświadczamy, że wykonamy w całości niniejsze zamówienie zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i niniejszą ofertą oraz z zasadami i przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty oraz spełniamy wszystkie wymagane warunki określone w SWZ.
6. Oświadczamy, że cena oferty zawiera wszelkie koszty gwarantujące należyte i pełne wykonanie zamówienia, zgodnie z wymaganiami opisanymi w SWZ, jak również w niej nie ujęte, a bez których nie można wykonać zamówienia.
7. Oświadczamy, że całodobowo będziemy przyjmować zlecenia na usługi transportu sanitarnego pacjentów pod numerem tel.: (podać) **(41) 344-65-03 lub (41) 344-26-47**
8. Oświadczamy, że posiadamy ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia w wysokości 350 000,00 zł. W razie wygaśnięcia polisy/innego dokumentu zobowiązani jesteśmy przedłożyć aktualną jednak nie później niż w terminie 3 dni od dnia jej wygaśnięcia.
9. Zawarta w specyfikacji warunków zamówienia treść projektowanych postanowień umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zwrócenia umowy na wymienionych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Oświadczamy, że w przypadku podpisania umowy zobowiązujemy się do zapoznania z zagrożeniami występującymi na terenie Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy i podpisania stosownego oświadczenia (informacje o zagrożeniach).
11. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
12. Podwykonawcy/om powierzamy następującą część/części zamówienia, (jeżeli dotyczy)<sup>2</sup>:

**Nie dotyczy**

13. Niniejszym wskazujemy nazwę/y firm podwykonawcy/ów, któremu/którym zamierzamy powierzyć wykonanie części zamówienia<sup>3</sup> (należy wstawić nazwę (firma) adres (siedziba) podwykonawcy oraz zakres zamówień realizowanych przez podwykonawcę):

<sup>2</sup>W przypadku pozostawienia ust. 12 bez uzupełnienia, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zamierza wykonać zamówienie samodzielnie.

<sup>3</sup>Jeżeli dotyczy

## Nie dotyczy

14. Wykonawca oświadcza, że wybór oferty **BĘDZIE / NIE BĘDZIE** (niepotrzebne skreślić) prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
15. W przypadku gdy złożona oferta prowadziłyby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca obowiązkowo w ofercie wskazuje:
- nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego (podać): .....(niepotrzebne skreślić)
  - wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku (podać): .....(niepotrzebne skreślić)
  - wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie (podać): ..... (niepotrzebne skreślić)
16. Oświadczamy, że oferta **NIE ZAWIERA / ZAWIERA** (niepotrzebne skreślić) informacji(-je) stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach: .....
17. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art. 14 RODO<sup>4</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**Osoba odpowiedzialna** Waldemar Piłat e-mail: jod@scrmits.pl

(imię i nazwisko)

18. **Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest:**

Marta Solnica- Dyrektor

(imię nazwisko – stanowisko)

19. **Osobą odpowiedzialną za realizację umowy i upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym ze strony**

**Wykonawcy jest:**

Urszula Telicka- Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru

(imię nazwisko – stanowisko)

tel. kont. e-mail: **41 344 26 47 wew. 235** , [urszula.telicka@scrmits.pl](mailto:urszula.telicka@scrmits.pl)

Wraz z niniejszą ofertą składamy:

*Nazwa załącznika*

- 1) Załącznik nr 1 do SWZ Formularz Oferty
- 2) Załącznik nr 2 do SWZ Formularz Cenowy
- 3) Załącznik nr 4 do SWZ Oświadczenie z art. 125 ust. 1 wykluczenia
- 4) Załącznik nr 5 do SWZ Oświadczenie z art. 125 ust. 1 warunki udziału
- 5) Odpis z KRS

<sup>4</sup> 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)

\* 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 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

.....  
podpis  
**elektroniczny kwalifikowany**  
lub podpis **zaufany** lub **osobisty**  
osoby/-ób uprawnionej/-ych  
do reprezentowania Wykonawcy  
lub pełnomocnika