**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 usługi dystrybucji posiłków na oddziały szpitalne do kuchenek oddziałowych |

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

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

słownie:

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

**w tym:**

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

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

Cena ryczałtowa brutto za jeden miesiąc wykonania całości przedmiotu zamówienia stanowi kwotę:

…………………………zł…………gr.

**w tym:** netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kwota podatku VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **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 lub 60 dni*** *liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej usługę)* |

**Termin wykonania zamówienia:** 36 miesięcy, licząc od dnia 01.08.2021r.

**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 § 4 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 brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia i w przeliczeniu na 1 miesiąc usługi;*

*- termin płatności; jeżeli Wykonawca nie uzupełni terminu płatności w niniejszym Formularzu Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował minimalny 30 dniowy termin płatności;*

*(\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*) Uzupełnić.*