|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOW****Y** | |
| ***Zamawiający:***  **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu**  **ul. H. Kamieńskiego 73a**  **51-124 Wrocław** | |
| **OFERTA NA:**  **USŁUGA KOMPLEKSOWEGO ŻYWIENIA**  **PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU** | |
| 1. **DANE WYKONAWCY** | |
| **Nazwa i siedziba**  **Wykonawcy\*)** | *………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………*  *ul:* .............................................................  *kod:* ..................……………………………  *miejscowość:…………………………………….* |
| Rejestr prowadzenia działalności\*: | Rejestr prowadzenia działalności\* (zaznaczyć właściwe) :  🞎 **KRS NR** ……………….…………. adres rejestru: https://ekrs.ms.gov.pl/  🞎 **CEDIG NR NIP** ………………..………… adres rejestru: https://prod.ceidg.gov.pl/  🞎 **……...…….. NR ……..…………..…. adres rejestru**: …………………..………..  (*dla wykonawcy, który ma siedzibę lub osoba ma miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)* |
| Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) | |
| \*) *w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera* | *………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………*  *ul:* .............................................................  *kod:* ..................……………………………  *miejscowość:…………………………………* |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Adres do korespondencji**  **(jeżeli jest inny niż adres siedziby)** | *ul:* .............................................................  *kod:* ..................……………………………  *miejscowość:…………………………………….* |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** | *……………………………………………………* |
| **Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem** | e- mail: …………………………………..  fax: …………………………………..  tel.: …………………………………….. |
| **Rodzaj Wykonawcy:**   * 🞎 **mikroprzedsiębiorstwo\*;** 🞎 **małe przedsiębiorstwo\*;** 🞎 **średnie przedsiębiorstwo\*** * 🞎 **duże przedsiębiorstwo\*;** 🞎 **jednoosobowa działalność gospodarcza\*** * 🞎**osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*;** 🞎 **inny rodzaj\***   *(zaznaczyć odpowiednio )* | |
| 1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | |
| Składam ofertę na zamówienie publiczne prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, prowadzonego na podstawie art. 132 ustawy Pzp  **USŁUGA KOMPLEKSOWEGO ŻYWIENIA**  **PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU** | |
| 1. **CENA OFERTY** | |
| * + 1. Oferuję wykonanie **całego zakresu przedmiotu zamówienia** za cenę:   cena ryczałtowa netto: ............................................................................................ zł  **podatek VAT** w wysokości ………… **%**: .............................................................. zł  **cena ryczałtowa brutto:** ....................................................................................... zł  w tym:   * 1. Ryczałtowa cena za żywienie pacjentów za 36 m-ce bez względu na stosowaną dietę wynosi:   cena netto ……… zł +…….. % podatek VAT  cena brutto ……………… zł   * 1. Cena za przygotowanie mieszanek sporządzonych przez kuchnię mleczną na podstawie cen jednostkowych zgodnie z formularzem asortymentowo cenowym stanowiącym załącznik nr 1.1 do formularza ofertowego   cena netto ………………………………… zł +……..% podatek VAT  cena brutto ……………………………….. zł   * 1. Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę wynosi ……….zł brutto ,   w tym wkład do kotła ……………. zł brutto   * + 1. Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni bufetu w wysokości:   cena netto ………………………………… zł  **Uwaga**  **- *Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni bufetu nie może być niższy niż 120 zł netto****.*   * + 1. Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni kuchni w wysokości:   cena netto ………………………………… zł  **Uwaga**  **- *Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni kuchni nie może być niższy niż 10 zł netto****.*   * + 1. **Gwarantowana minimalna kwotaobniżenia wpłaty Zamawiającego na PFRON z tytułu zakupu oferowanych usług w całym okresie obowiązywania umowy wynosić będzie łącznie:**   **............................. zł.**  **............................. zł. miesięcznie**  **UWAGA: Zamawiający uwzględni w kryterium „koszt” minimalną kwotę obniżenia wpłat na PFRON w przypadku podmiotów występujących wspólnie (konsorcja), pod warunkiem, gdy możliwość obniżenia wpłat z tytułu PFRON zapewni Zamawiającemu jeden z członków konsorcjum, który jako podmiot uprawniony do udzielenia Zamawiającemu ulgi będzie jednocześnie wystawcą stosownej faktury za usługę.**  **UWAGA: Wykonawca nie posiadający w ogóle ulgi na PFRON winien wykreślićmiejsca wykropkowanelub wpisać wartość 0.** | |
| 1. **OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY:** | |
| **Oświadczam, że:**   * + - 1. Składam niniejszą ofertę:   🞎 we własnym imieniu\*  🞎 jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*   * + - 1. Oświadczam, iż następujące usługi wykonają poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*:   Wykonawca (nazwa): …………………………. wykona: ………………….  Wykonawca (nazwa): …………………………. wykona: ………………….  *\*Dotyczy jedynie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie – należy dostosować do liczby wykonawców w konsorcjum*   * + - 1. Oświadczam, że nie uczestniczę, jako wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia     1. Oświadczam, że zawarty w specyfikacji warunków zamówienia projekt umowy został zaakceptowany i zobowiązuję się, w przypadku wybrania oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego     2. Oświadczam, że zamówienie zostanie zrealizowane zgodnie z treścią SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji, w terminie określonym w SWZ.        1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.        2. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.        3. Wybór mojej oferty będzie/nie będzie\*) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (w przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa należy wskazać nazwę rodzaj towaru, którego dostawa będzie prowadzić do jego powstania, wskazując jego wartość bez kwoty podatku).   \*niepotrzebne *skreślić*   * + 1. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i/lub [[1]](#footnote-1) art. 14 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanym dalej „RODO" - wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu i w oparciu o dane informacyjne zawarte w Rozdziale XXIX SWZ.     2. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu przetargowym oświadczenia złożyłem ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych.   **Zobowiązuję się do:**   * + - 1. zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;       2. zrealizowania przedmiotu zamówienia w terminie określonym w ofercie;       3. wyznaczam osoby do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia: ................................. e-mail: ………..................…. tel. ...........................       4. Wyznaczam kierownika obiektu w osobie *………………………………………………….* | |
| 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY – PFRON \*) jeżeli dotyczy** | |
| Oświadczam, że:   * + - 1. **spełniam/y warunki określone w art. 22 ust.1 ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U z 2021r. poz. 573) oraz będziemy je spełniać przez cały okres obowiązywania umowy, w związku z czym Zamawiającemu z tytułu zakupu usług od Wykonawcy będzie przysługiwało prawo do obniżenia wpłat na PFRON.**       2. **kwota obniżenia wpłat na PFRON przysługująca Zamawiającemu z tytułu zakupu usług objętych niniejszym postępowaniem nie będzie niższa niż ………… zł. (słownie …………. zł) miesięcznie, nie wyższa jednak niż 50 % kwoty należności za zakup tych usług określonej na fakturze Wykonawcy, pomniejszonej o kwotę podatku od towarów i usług, z uwzględnieniem korekt tej faktury.**       3. **zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997r. (Dz. U. 2021 r. poz. 573 ze zm.) zobowiązuję się do wystawiania oświadczeń / dokumentów uprawniających Zamawiającego do skorzystania z ulgi w odpisie na PFRON.**       4. **zobowiązuję się do przedstawienia Zamawiającemu, przed podpisaniem umowy, wysokości ulgi na PFRON z ostatnich 6 ( sześciu ) miesięcy.**   **Prawdziwość powyższych danych potwierdzam, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.** | |
| 1. **PODWYKONAWCY** | |
| Przedmiot zamówienia zamierzam wykonać *\*)* **samodzielnie/ wykonać przy udziale podwykonawców\*).**  \*\*)Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy z podwykonawcami:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy**  **(jeśli jest znana)**  *(podać pełną nazwę/firmę, adres,  a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* | **Nazwa części zamówienia powierzona podwykonawcy** | | 1. |  |  | | 2. |  |  |   ***\*) wybrać odpowiednio***  ***\*\*) wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców*** | |
| 1. **PODWYKONAWCA WYSTĘPUJĄCY JAKO PODMIOT TRZECI, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA** | |
| * + - 1. Przy realizacji niniejszego zamówienia będę/nie będę\*) polegał na zasobach innych podmiotów       2. \*\*) Informacje dotyczące podmiotu, na którego zasoby powołuje się Wykonawca:   ..………………………….w zakresie ………………………………………………………  …………………………….w zakresie …………………………………………………………  **W załączeniu składamy dokumenty (np. zobowiązania), o których mowa w Rozdziale XIX pkt. 3 SWZ.**  *\*) wybrać odpowiednio*  *\*\*) wypełnić w przypadku powołania się na zasoby wraz z określeniem ich zakresu* | |
| 1. **RACHUNEK BANKOWY WYKONAWCY** | |
| Nr rachunku bankowego Wykonawcy na który zostanie dokonana płatność za wykonanie przedmiotu zamówienia:  Nr rachunku ……………………………………… prowadzonego przez bank ……………………… | |
| **VIII. TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA** | |
| Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 18 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.) zastrzegam, że informacje:  ............................................................................................................................................................... (wymienić czego dotyczy)  zawarte są w następujących dokumentach:  ......................................................................................................................................................................., które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy  z 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1913) i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.  Jednocześnie wykazuję, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, ponieważ:  UZASADNIENIE  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  Uwaga:  Zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „tajemnica przedsiębiorstwa” i złożone w odrębnym pliku/katalogu. | |

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

(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania

Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO CENOWY**

**mieszanek** **SPORZĄDZANYCH PRZEZ KUCHNIĘ MLECZNĄ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | NAZWA PRODUKTU | | roczna. ilość  w  litrach/szt | Cena jedn.  netto  l./szt. | VAT % | Cena jedn. brutto  l./szt. | Wartość  36 mies.  netto | Wartość 36 mies. brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | *8= 4\*5\*3* | *9=4\*7\*3* |
| 1 | B1-Bebiko 1 | B1 | 76,65 |  |  |  |  |  |
| 2 | B2-Bebiko 2 | B2 | 108,5 |  |  |  |  |  |
| 3 | B3-Bebiko 3 | B3 | 7,6 |  |  |  |  |  |
| 4 | BEB1 – Bebilon 1 | BEB1 | 165,1 |  |  |  |  |  |
| 5 | BEB2 – Bebilon 2 | BEB2 | 29,2 |  |  |  |  |  |
| 6 | BEB3 – Bebilon 3 | BEB3 | 8,4 |  |  |  |  |  |
| 7 | BEB COMF – Bebilon Comfort | BEB COMF | 4,4 |  |  |  |  |  |
| 8 | BEB HA1 – Bebilon HA 1 | BEB HA1 | 2,6 |  |  |  |  |  |
| 9 | BEB HA2 – Bebilon HA 2 | BEB HA 2 | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 10 | BEB AR – Bebilon AR | BEB AR | 39,45 |  |  |  |  |  |
| 11 | BEB PEP1 – Bebilon PEPTI 1 | BEB PEP 1 | 90,2 |  |  |  |  |  |
| 12 | BEB PEP2 – Bebilon PEPTI 2 | BEB PEP 2 | 37,95 |  |  |  |  |  |
| 13 | BEB PEP MCT – Bebilon Pepti MCT | BEB PEP MCT | 19,45 |  |  |  |  |  |
| 14 | NEN – Bebilon Nenatal | NEN | 18,2 |  |  |  |  |  |
| 15 | BEB NUTR – Bebilon Nutriton | BEB NUTR | 19,75 |  |  |  |  |  |
| 16 | BEB b/l – Bebilon bez laktozy | BEB B/L | 0,4 |  |  |  |  |  |
| 17 | PRE – Prenan | PRE | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 18 | SIN – Sinlac | SIN | 4,9 |  |  |  |  |  |
| 19 | NAN 1 | NAN1 | 192,8 |  |  |  |  |  |
| 20 | NAN 2 | NAN2 | 65,05 |  |  |  |  |  |
| 21 | NAN 3 | NAN3 | 7,65 |  |  |  |  |  |
| 22 | NAN HA1 | NAN HA 1 | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 23 | NAN HA2 | NAN HA 2 | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 24 | FAN – Fantomalt | FAN | 6,0 |  |  |  |  |  |
| 25 | ENF1 - Enfamil 1 | ENF 1 | 5,4 |  |  |  |  |  |
| 26 | ENF2 – Enfamil 2 | ENF 2 | 0,9 |  |  |  |  |  |
| 27 | NUTR1 - Nutramigen LGG 1 | NUTR 1 | 217,15 |  |  |  |  |  |
| 28 | NUTR2 - Nutramigen LGG 2 | NUTR 2 | 16,8 |  |  |  |  |  |
| 29 | NUTR3 – Nutramigen LGG 3 | NUTR 3 | 0,4 |  |  |  |  |  |
| 30 | MCTII – Humana MCT II | MCT II | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 31 | HUM HN – Humana HN | HUM HN | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 32 | Kaszka Kukurydziana | KK | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 33 | KM – Kasza manna | KM | 26,35 |  |  |  |  |  |
| 34 | KR/W - Kleik ryżowy na wodzie | KR/W | 42,3 |  |  |  |  |  |
| 35 | KR+JABŁ – Kleik ryzowy z jabłkiem | KR JABŁ | 3,7 |  |  |  |  |  |
| 36 | KIS – Ksiel | KIS | 41,0 |  |  |  |  |  |
| 37 | KIS +JABŁ – Kisiel + jabłko | KIS JABŁ | 19,25 |  |  |  |  |  |
| 38 | KJ – Zupa jarzynowa | KJ | 43,7 |  |  |  |  |  |
| 39 | KJ+M Zupa jarzynowa z mięsem | KJ+M | 116,9 |  |  |  |  |  |
| 40 | KJ+Ż - Zupa jarzynowa z żółtkiem | KJ+z | 11,5 |  |  |  |  |  |
| 41 | HOMOG – Homogenat | HOMOG | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 42 | SIEM LN – Siemie Lniane | SIEM LN | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 43 | MARCH - Marchwianka | MARCH | 4,65 |  |  |  |  |  |
| 44 | HERBATA | H | 991,7 |  |  |  |  |  |
| 45 | WODA PRZEGOTOWANA | WP | 97,0 |  |  |  |  |  |
| 46 | ENF Olac Enfamil Olac | ENF Olac | 1,0 |  |  |  |  |  |
| 47 | Butelki sterylne |  | 17788 szt |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j.m.** | **Szacunkowa ilość wydanych posiłków w ciągu 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta netto (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota podatku VAT (zł)** | **Cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta brutto (zł)** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość podatku VAT**  **(zł)** | **Wartość brutto**  **(zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H=(E+G)** | **I=DxE** | **J=IxF** | **K=I+J** |
| 1. | Ryczałtowa  cena za żywienie pacjentów | Szt. | *Szacunek wg danych z OPZ Rozdział I pkt 2 Dzienne średnie ilości posiłków x liczba dni trwania usługi* | *Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę netto* | ……….. | ………….. | *Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę brutto* | …… | ……… | ………… |
| **Razem w okresie 36 mc** | | | | | | | |  |  |  |

1. . [↑](#footnote-ref-1)