**załącznik nr 1 do SWZ**

**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa/Firma................................................................................................................................

Adres/Siedziba.............................................................................................................................

Nr telefonu/faks/ ……………………………………………………………………………….

Adres poczty elektronicznej...........................................................................………………….

nr NIP...........................................................................................................................................

nr REGON...................................................................................................................................

Wykonawca jest przedsiębiorcą\*

□ mikro □ małym □ średnim

\*- zaznaczyć właściwe

**Uwaga:**

Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

2/ osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  
1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.

Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych:  
1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.

USTAWA z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2021 poz. 162)

Osoba upoważniona do kontaktów: .......................................................................................

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej (jeżeli dotyczy):

Nazwisko, imię ...................................................................................................

Telefon ...................................................... faks .................................................

***Informacja dla Oferenta:***

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Oferenta przez osobę podpisującą ofertę.*

Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf

dn...............................

***FORMULARZ OFERTY***

Dane dotyczące oferenta

Nazwa........................................................................................................................................................

Siedziba.....................................................................................................................................................

Nr telefonu..............................................................................e-mail …………………..............................

NIP.................................................................... REGON........................................................................

**,,Wykonanie robót zewnętrznych i wewnętrznych na terenie SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy Zdroju – 2 zadania inwestycyjne.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwa i numer zadania*** | ***Kwota netto***  ***(zł)*** |
| ***Zadanie nr 1***  ***Budowa nowego muru oporowego*** | ………………………………………………………  słownie: ………………………………………… |
| ***Zadanie nr 2***  ***Przebudowa pomieszczeń zabiegowych na pomieszczenia Inhalacji i modernizacja 2 pokoi sanatoryjnych z zapleczem sanitarnym*** | ………………………………………………………………..  słownie: …………………………………………………………………... |

**+ podatek VAT *wg obowiązujących przepisów***

Warunki płatności – przelew, płatny w terminie 30 dni od daty złożenia faktury i potwierdzonego protokołu zdawczo-odbiorczego.

Zobowiązuję się wykonać całość przedmiotu zamówienia do dnia: *wg warunków zamówienia*

Uważam się za związanego niniejszą ofertą do dnia ***……………………….***

Oświadczam, że:

1. zapoznaliśmy się z materiałami przetargowymi dotyczącymi ww. przedmiotu zamówienia nie wnosimy do nich zastrzeżeń i zrealizujemy kompletne zamówienie zgodnie z Warunkami Zamówienia i przepisami prawa,
2. posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonywania określonej działalności lub czynności,
3. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie, a także dysponujemy potencjałem technicznym, oraz pracownikami zdolnymi do wykonania danego zamówienia,
4. znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
5. nie otwarto wobec nas likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,
6. nie wyrządziliśmy szkody w ostatnich 3 latach przed wszczęciem postępowania poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia,
7. nie zostaliśmy prawomocnie skazani za przestępstwo popełnione w związku   
   z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa,
8. nie zalegamy z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.

……………………………………………………………

*podpis uprawnionego przedstawiciela oferenta*

*imię i nazwisko/pieczątka\**

\*podpis elektroniczny kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby (osób) upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu odpowiedni