*Załącznik nr 1 do SWZ*

*ZP/12/2024*

***FORMULARZ OFERTOWY***

dla 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Opolu

45-759 Opole ul. Wróblewskiego 46

**na**

***Transport sanitarny***

W nawiązaniu do ogłoszonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacji

***OFERENT:***

..............................................................................................................................................................................................

nazwa i adres

WOJEWÓDZTWO ....................................................

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

PESEL ....................................................

(dotyczy wyłącznie podmiotu zarejestrowanego w CEiDG)

Telefon .................................................... Fax ....................................................

E- mail ....................................................

podać nazwę (firma) i dokładny adres Wykonawcy. W przypadku oferty wspólnej podać pełne nazwy firm i adresy członków podmiotów występujących wspólnie – z zaznaczeniem lidera)

*Wykonawca jest* ***mikro / małym / średnim/ dużym\**** *przedsiębiorstwem*

*\*niepotrzebne skreślić*

***SKŁADA OFERTĘ NA:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | liczba | jedn. miary | Cena jedn. netto [zł] | Wartość netto [zł] | VAT [%] | Wartość brutto [zł] | **Kryterium:**  Czas realizacji  [minuty]  **Wskazać zgodnie z Rozdz. XVII do SWZ pkt 4 ppkt 2** |
| **Zadanie 1**  Transport sanitarny zespołem specjalistycznym „S” | 1 300 | kilometr |  |  |  |  |  |
| 100 | roboczogodzina |  |  |  |  |  |
|  |  | **Ogółem Zadanie 1:** | |  |  |  |  |
| **Zadanie 2**  Transport sanitarny zespołem podstawowym „P” | 30 | kilometr |  |  |  |  |  |
| 5 | roboczogodzina |  |  |  |  |  |
| **Ogółem Zadanie 2:** | | | |  |  |  |  |
| **Zadanie 3**  Transport sanitarny pacjentów niewymagających opieki medycznej „T” | 17 000 | kilometr |  |  |  |  |  |
| **Zadanie 4**  Transport przesyłek medycznych | 2 | kilometr |  |  |  |  |  |
| **Ogółem Zadanie od nr 1 do 4:** | | | |  |  |  |  |

**UWAGA! Ofertę należy złożyć na cały przedmiot zamówienia – 4 Zadania.**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia wraz z załączonymi do niej dokumentami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń, oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia potrzebne do wykonania zamówienia.
2. Oświadczamy, ze uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. Oświadczamy, że projektowane postanowienia umowne *(załącznik nr 5 do SWZ)* z uwzględnieniem modyfikacji ich treści (jeżeli wystąpiły) zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.
5. Aktualny dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania Wykonawcy (KRS, CEiDG lub inny właściwy rejestr) w formie elektronicznej dostępny pod adresem: ……………………………………………………………..………………………… .
6. Oświadczamy, iż usługę będącą przedmiotem zamówienia ***zamierzamy / nie zamierzamy\**** powierzyć podwykonawcy ………………… *(podać nazwę oraz adres firmy podwykonawcy o ile jest znany*) w zakresie wykonania następujących części zamówienia …………………….…….. – wartość lub procentowa część zamówienia ……………………… .

*\*- niepotrzebnie skreślić*

*W przypadku braku skreślenia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca nie zamierza powierzyć podwykonawstwa*

1. Oświadczamy, że ***będziemy / nie będziemy\**** polegać na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby.

Jeżeli Wykonawca ***będzie*** polegał na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, należy wypełnić:

1. Nazwa podmiotu ………………

zakres zdolności/sytuacji na którym wykonawca polega ……………………………….

1. Nazwa podmiotu ………………

zakres zdolności/sytuacji na którym wykonawca polega ……………………………….

*\*- niepotrzebnie skreślić*

*W przypadku braku skreślenia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca nie będzie polegać na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby*

1. Informacja o obowiązku podatkowym

Składając ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, działając na podstawie art. 225 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, oświadczam, że wybór mojej oferty **nie będzie / będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w przypadku następującego towaru: ………………………, którego wartość bez kwoty podatku wynosi: ………………… zł., stawka podatku od towarów i usług wynosi: ………………………….. .

*\* niepotrzebne skreślić*

*Gdy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru, wartość towaru bez kwoty podatku oraz wskazać stawkę podatku od towarów i usług*

*W przypadku braku skreślenia Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*

9. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *(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)[[1]](#footnote-1).*

10. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.).

......................dnia ...................... r.

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

podpis osoby/osób uprawnionych

do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika2

1. 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, str. 1)

   2 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty [↑](#footnote-ref-1)