Załącznik nr 1

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres (siedziba) Wykonawcy: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Telefon: |  |
| fax: |  |
| e-mail: |  |

Dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

**Usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątania i utrzymania czystości w obiektach Zamawiającego, jak też wykonywanie czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego II postępowanie**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość brutto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr Pakietu | Miesięczna wartość pakietu brutto(zł) | Wartość pakietu brutto w okresie12 miesięcy(zł) |
| (1) Blok Operacyjny |  |  |
| (2) O. Chirurgiczny  |  |  |
| (3) O. Ortopedyczno-Urazowy  |  |  |
| (4) Dzienny Oddział Chemioterapii Onkologicznej  |  |  |
| (5) O. Ginekologiczny  |  |  |
| (6) O. Neonatologiczny, Położniczy, Blok Porodowy |  |  |
| (7) O. Neurologiczny  |  |  |
| (8) Oddział Urologiczny |  |  |
| (9) Centralna Sterylizatornia |  |  |
| (10) O. Wewnętrzny  |  |  |
| (11) O. Kardiologiczny  |  |  |
| (12) Zakład diagnostyki obrazowej ( w Suchej Beskidzkiej i Makowie Podhalańskim) |  |  |
| (13) O. Pediatryczny  |  |  |
| (14) Zakład diagnostyki laboratoryjnej i Pracownia Patomorfologii ( w Suchej Beskidzkiej i Makowie Podhalańskim) |  |  |
| (15) O. Reumatologiczny  |  |  |
| (16) Szpitalny Oddział ratunkowy i Dział Pomocy Doraźnej ( Zespoły Ratownictwa Medycznego Podstawowego- Jordanów ,Maków Podhalański, Sucha Beskidzka, Dyspozytor Transportu Sanitarnego, Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna Sucha Beskidzka i Jordanów |  |  |
| (17) O. Anestezjologii i intensywnej terapii |  |  |
| (18)Dział rehabilitacji i fizykoterapii ( w Suchej Beskidzkiej i Makowie Podhalańskim), Dzienny Oddział Rehabilitacji w Suchej Beskidzkiej |  |  |
| (19) Stacja dializ |  |  |
| (20) Prosektorium  |  |  |
| (21)Przychodnie specjalistyczne, pozostałe szpital Sucha Beskidzka |  |  |
| (22) Szatnie Personelu  |  |  |
| (23) Pomieszczenia Administracji Obronność  |  |  |
| (24) Zakład Opiekuńczo- Leczniczy |  |  |
| (25) Oddział Paliatywny  |  |  |
| (26) Pozostałe szpital Maków Podhalański |  |  |
| (27) Poradnia Chorób Zakaźnych |  |  |
| **Razem:** |  |  |

**OGÓŁEM:**

|  |
| --- |
| Usługi sprzątania oraz wykonywanie czynności pomocniczych przy pacjencie |
|  | Miesięczna wartość brutto…………….(zł) | Wartość netto w okresie12 m-cy……………….(zł) | Wartość bruttow okresie 12 m-cy……………..(zł) |
|  |

Wartość brutto oferty ( słownie)……………………………………………

Wartość oferty netto ( słownie)……………………………………………..

w tym VAT 23%.............................................zł

w tym VAT 8%...............................................zł

w tym VAT zw. …………………………………zł

**Informacje dotyczące Kryterium Nr 2 i 3 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kryterium oceny | Potwierdzenie |
| 1 | Certyfikat –Gwarant Czystości i Higieny | TAK/NIE |
| 2 | Certyfikat (system zarządzania jakością w organizacji) | TAK/NIE |

1. Oświadczamy, że termin płatności wynosi 60 dni.
2. Oświadczamy, że zamówienie będziemy wykonywać przez czas trwania umowy, tj. przez okres 12 miesięcy od daty jej rozpoczęcia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji, wzorów umów i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowy sporządzone na podstawie tych wzorów.
6. Oświadczam, iż wadium zostało wniesione w formie…………………… w kwocie ………………… zł (w załączeniu dowód wpłaty).

|  |
| --- |
| 1. Oświadczamy, że zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia podwykonawcom

i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*: |
|  Część zamówienia:  Nazwa (firma) podwykonawcy:  |
| *\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać* *żadnej części zamówienia podwykonawcy* |
|  8. Wykonawca jest małym/ średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE\*\* \*\*- właściwe podkreślić |
|  |

1. Dane do umowy:

|  |
| --- |
|  a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko: |
|  |
|  |
| b) Osoba(y), odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko: | Stanowisko: | tel/ e-mail: |
|  |  |  |
|  |  |  |
| c) Nr rachunku bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą:  |
| Nazwa i adres banku: | Nr rachunku: |
|  |  |