**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.: |
| Usługi serwisowe wraz z nadzorem autorskimzintegrowanego szpitalnego systemu informatycznego Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie |

|  |
| --- |
| **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).* |

|  |
| --- |
| **Czas usunięcia awarii (\*):** |
| Niniejszym zobowiązuję/emy się do usunięcia awarii:

|  |  |
| --- | --- |
|  | do 4 godzin licząc od momentu upływu czasu reakcji serwisu Wykonawcy |
|  | w przedziale 5 – 20 godzin licząc od momentu upływu czasu reakcji serwisu Wykonawcy |
|  | w przedziale 21 – 35 godzin licząc od momentu upływu czasu reakcji serwisu Wykonawcy |
|  | w czasie 36 godzin licząc od momentu upływu czasu reakcji serwisu Wykonawcy |

*(Należy zaznaczyć „X” przy proponowanym przez Wykonawcę czasie usunięcia awarii).* |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 24 miesiące, liczone od dnia zawarcia umowy.

**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 ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo przez Zamawiającego w paragrafie 5 wzoru umów – załączniku nr 4 do SWZ.

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, iż: (\*\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | jest mikro przedsiębiorcą |
|  | jest małym przedsiębiorcą |
|  | jest średnim przedsiębiorcą |
|  | prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą |
|  | jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej |
|  | inny rodzaj, jaki ............ |

***Uwaga!***

*Porównaj zalecenie Komisji z 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U.L.124 z 20.05.2003, s.36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych. Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami, i które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

8) Oświadcza, że przedmiot zamówienia zamierza zrealizować **SIŁAMI WŁASNYMI / PRZY UDZIALE** (\*\*\*) podwykonawców.

*Jeżeli Wykonawca zamierza zrealizować przedmiot zamówienia przy udziale podwykonawców wypełnia kolumnę 1 tabeli oraz – o ile jest znane Wykonawcy – wypełnia kolumnę 2 tabeli wskazując nazwy podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Części zamówienia,**których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom**[kolumna 1]* | *Nazwy ewentualnych podwykonawców,* *jeżeli są już znani**[kolumna 2]* |
|  |  |
|  |  |

**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 kwalifikowanym 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;*

*- czas usunięcia awarii: jeżeli Wykonawca w niniejszym Formularzu nie zaznaczy znaczkiem „X” przy proponowanym czasie usunięcia awarii Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował maksymalny 36 godzinny czas usunięcia awarii liczony od momentu upływu czasu reakcji serwisu Wykonawcy.*

*(\*\*) Właściwe zaznaczyć.*

*(\*\*\*) Niepotrzebne skreślić i ewentualnie uzupełnić tabelę.*

*(\*\*\*\*) Uzupełnić.*