

**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego**

Nr Sprawy: ZO/64/SIR/23

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego,**  
ul. Koszarowa 5  
51-149 Wrocław

**2. WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta została złożona przez:**

Ja / My, niżej podpisany/i .....

**działając w imieniu i na rzecz:**

L.p.	NAZWA WYKONAWCY/ÓW	ADRES/Y WYKONAWCY/ÓW	NIP, REGON , KRS WYKONAWCY/ÓW
			NIP: REGON: KRS:

**3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM**

<b>Imię i Nazwisko</b>	
<b>Adres e-mailowy, numer telefonu</b>	

**4. Składając ofertę dot. postępowania Zapytania ofertowego na wykonanie zamówienia p.n.:**

**Weryfikacja dokumentacji projektowej w ramach prac przygotowawczych Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im J. Gromkowskiego we Wrocławiu**

oferuję/my realizację przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym Zapytaniem ofertowym i jego załącznikami na następujących warunkach:

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdr



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

<b>Kryterium nr 1 - Cena</b>	<p>Łączna cena netto: ..... PLN zastosowana stawka VAT wynosi <b>ŁĄCZNA CENA BRUTTO za wykonanie zadań od I do VI:</b> ..... PLN</p> <ol style="list-style-type: none"><li>z tytułu wykonania <b>Zadania I</b> (Etapu III Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;</li><li>z tytułu wykonania <b>Zadania II</b> (Etapu IV Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;</li><li>z tytułu wykonania <b>Zadania III</b> (Etapu V Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 3, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;</li><li>z tytułu wykonania <b>Zadania IV</b> (Etapu VI Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 4, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;</li><li>z tytułu wykonania <b>Zadania V i VI</b>, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 5 i 6, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;</li></ol> <p>Maksymalne wynagrodzenie za wydanie <b>10 szt.</b> dodatkowych opinii po zgłoszeniu zapotrzebowania przez Zamawiającego wynosi PLN brutto ....., w tym zastosowana stawka VAT wynosi ..... %, Stawka ryczałtowa za jedną dodatkową opinię w wysokości ..... PLN netto.</p>
------------------------------	--

**5. Oświadczenia wykonawcy:**

- a. W ramach kryterium nr 2 wskazuję doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia:

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • prof

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

l.p.	Imię i Nazwisko / Stanowisko	Opis doświadczenia zawodowego osób wykonujących zamówienie (parametry fakultatywne)
Kryterium nr 2 - doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia	Inżynier Kontraktu	<p>Doświadczenie zawodowe polegające na pełnieniu w okresie ostatnich <b>5 lat</b> przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należycie wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu dokumentacji projektowej w zakresie architektury lub konstrukcji obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 1 000 m<sup>2</sup>.</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> <p><i>(należy podać nazwy obiektów oraz daty wykonania)</i></p>

- b. Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z udziału w niniejszym postępowaniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz nie zachodzą w stosunku do mnie, w tym także do podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polegam (w przypadku gdy przypada na nich ponad 10% wartości zamówienia), przesłanki, o których mowa w art. 5k ust. 1 rozporządzenia rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
- c. Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodnym z wymaganiami wskazanymi w OPZ (zał. Nr 1)
- d. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zapisaniu ofertowym.
- e. Oświadczam/y, że dysponuję/my osobami o odpowiednich kwalifikacjach, wiedzy i doświadczeniu, które będą zaangażowane (w miarę potrzeby) w realizację Zamówienia i zapewnią należyte wykonanie Zamówienia.
- f. Oświadczam/y, że w realizacji zamówienia będą uczestniczyć osoby posiadające wymagane uprawnienia niezbędne do wykonania usługi objętej przedmiotem zamówienia publicznego.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

g. Oświadczamy/y, że:

- ✓ **Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom (należy skreślić jeżeli nie dotyczy).
- ✓ **Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującego zakresu zamówienia (należy wypełnić poniższą tabelę, jeżeli dotyczy lub skreślić jeżeli nie dotyczy):

L.p.	Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom	Firma (nazwa) podwykonawcy
1.	oświadczenie Inżyniera Kontraktu, że	
2.		

h. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

i. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią Zaprośzenia ofertowego, jej załącznikami, w tym wzorem umowy (załączniki nr 5 do Zaprośzenia ofertowego) i OPZ (załącznik nr 1) oraz wszystkimi dot. ich modyfikacjami (jeżeli dotyczy) i w pełni akceptujemy ich treść.

j. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą podpiszę umowę na warunkach określonych w Zaprośzeniu ofertowym w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

k. Oświadczam/my, że:

1. wybór naszej oferty **nie będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

2. wybór naszej oferty **będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. *\*skreślić niepotrzebne*

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w poniższej tabeli:

Lp.	Nazwa(rodzaj) towaru/usługi	Wartość towaru / usługi bez kwoty podatku	Stawka podatku od towarów i usług, która będzie miała zastosowanie
-----	-----------------------------	---	--

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu


W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji, Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego będzie miało zastosowanie w przypadku:

- ✓ wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
- ✓ importu usług lub towarów.

l. Oświadczam/my, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu\*\*.

*\*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)*

*\*\*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, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis „nie dotyczy”.*

m. Oświadczam/my, że jako wykonawca jestem/śmy (niepotrzebnie skreślić):

- mikro przedsiębiorstwem
- małym przedsiębiorstwem
- średnim przedsiębiorstwem

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.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

n. Oświadczam/y, że oferta i załączniki **zawierają/nie zawierają**\* (niepotrzebne skreślić) następujące informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji:

.....  
.....

(wypełnić jeżeli dotyczy i dołączyć uzasadnienie)

o. Wskazuję, że Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych (<https://ekrs.ms.gov.pl/> lub <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>) **odpis lub informację z Krajowego Rejestru Sądowego / Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*** lub innego właściwego rejestru pod adresem: <http://>: ..... (wskazać adres strony internetowej).

p. Oświadczam/y, że wobec nas nie przechodzą przesłanki wykluczenia w związku z ustawą z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego .

***Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)



**DOLNY  
ŚLĄSK**