**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.: |
| Przeprowadzenie superwizji grupowych i indywidualnych |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr pakietu** | **OFERTA WYKONAWCY (\*)** |
| **Kwota [cena] netto****zł** | **Kwota podatku VAT****zł** | **Kwota [cena] brutto****zł** | **Termin płatności***[30 dni lub**45 dni lub**60 dni]* |
| **Pakiet I –** **Załącznik nr 1.1 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet II –** **Załącznik nr 1.2 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet III –** **Załącznik nr 1.3 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet IV –** **Załącznik nr 1.4 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet V –** **Załącznik nr 1.5 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet VI –** **Załącznik nr 1.6 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet VII –** **Załącznik nr 1.7 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet VIII –****Załącznik nr 1.8 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet IX –** **Załącznik nr 1.9 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet X –** **Załącznik nr 1.10 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XI –** **Załącznik nr 1.11 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XII –** **Załącznik nr 1.12 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XIII –** **Załącznik nr 1.13 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XIV –** **Załącznik nr 1.14 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XV –** **Załącznik nr 1.15 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 24 miesiące liczone od dnia zawarcia umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia 01 czerwca 2023r.

**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 brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

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

5) 5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo przez Zamawiającego w paragrafie 5 wzorów umów – załącznikach nr 4.1 – 4.4 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.*

**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 podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(\*) Uzupełnić:*

*- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.15 do SWZ; Formularz cenowe są obligatoryjnymi załącznikami do niniejszego formularza – w zakresie w jakim Wykonawca oferuje usługę.*

*- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 30 dni, lub 45 dni, lub 60 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej wykonanie usługi. Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.*

*(\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*) Uzupełnić.*