**Numer sprawy: ZO 06/12/2023 Załącznik nr 5**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ DO 130 000 ZŁ NETTO.**

**W odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe z dnia …………………………………….…… informujemy :**

**Dane dotyczące Oferenta**

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu/faks **(**

Nr NIP

Nr REGON

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

**Zobowiązania oferenta**

Oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia za cenę:

*Konwój wartości pieniężnych dla potrzeb Uzdrowiska Ciechocinek S.A. – CPV* 79710000-4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA I ADRES OBIEKTU TRASA OBJAZDOWA W MIEJSCOWOŚCI CIECHOCINEK** | **ADRES DOSTARCZENIAW MIEJSCOWOŚCI CIECHOCINEK** | **TERMIN WYKONANIA USŁUGI** | **ILOŚĆ****dni** | **KOSZT USŁUGI NETTO za dzień** | **KOSZT USŁUGI NETTO razem** **(5x6)** | **Podatek VAT** | **KOSZT USŁUGI brutto** |
|  1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
| 1. | A – SANATORIUM MARKIEWICZ UL. STASZICA 2B – ZAKŁAD PRODUKCJI ZDROJOWEJ UL. SOLNA 2C – SANATORIUM GRAŻYNA UL. TRAUGUTTA 6D – DOM ZDROJOWY UL. LEŚNA 3E – SZPITAL UZDROWISKOWY NR 1 UL. ARMII KRAJOWEJ 6 | KASA DYREKCJI UZDROWISKA CIECHOCINEK S.A. UL. KOŚCIUSZKI 10 | W DNI ROBOCZE GODZ. 07:00-07:30 | 126 |  |  |  |  |
| 2. | F – SKLEP FIRMOWY UC SA UL. ZDROJOWA 2 | POBIERANIE I PRZECHOWYWWANIE PAKIETÓW WARTOŚCIOWYCH (BEZPIECZNYCH KOPERT) W SZIEDZIBIE AUTO-TREZOR W CIECHOCINKU UL. ZDROJOWA 11/12 ORAZ JEGO PRZEKAZANIE DO DNIA NASTĘPNEGO DO KASA DYREKCJI UZDROWISKA CIECHOCINEK S.A. UL. KOŚCIUSZKI 10 | W DNI ROBOCZE GODZ. 17:50-18:10 | 126 |  |  |  |  |
| 3. | G – KASA DYREKCJI UC SA UL. KOŚCIUSZKI 10 | PKO BP S.A UL. ZDROJOWA 7 LUB KDBS UL. ZDROJJOWA 18A | W DNI ROBOCZE GODZ. 14:00-14:30 | 126 |  |  |  |  |
| 4. | H – SKLEP FIRMOWY UC SA UL. ZDROJOWA 2 | POBIERANIE I PRZECHOWYWWANIE PAKIETÓW WARTOŚCIOWYCH (BEZPIECZNYCH KOPERT) W SZIEDZIBIE AUTO-TREZOR W CIECHOCINKU UL. ZDROJOWA 11/12 ORAZ JEGO PRZEKAZANIE DO DNIA NASTĘPNEGO DO KASA DYREKCJI UZDROWISKA CIECHOCINEK S.A. UL. KOŚCIUSZKI 10 | SOBOTA, NIEDZIELA GODZ. 15:50-16:10 | 113 |  |  |  |  |
| 5. | I – DOM ZDROJOWY UL. LESNA 3J – SZPITAL UZDROWISKOWY NR 1 UL. ARMII KRAJOWEJ 6K – SANATORIUM GRAZYNA UL. TRAUGUTTA 6 | TRANSPORT W DNIACH ZJAZDÓW KURACJUSZY, POBIERANIE I PRZECHOWYWWANIE PAKIETÓW WARTOŚCIOWYCH (BEZPIECZNYCH KOPERT) W SZIEDZIBIE AUTO-TREZOR W CIECHOCINKU UL. ZDROJOWA 11/12 ORAZ JEGO PRZEKAZANIE DO DNIA NASTĘPNEGO DO KASA DYREKCJI UZDROWISKA CIECHOCINEK S.A. UL. KOŚCIUSZKI 10 | WG. GRAFIKÓW W DNIACH ZJAZDÓW GODZ. 18:30-19:00 | 80 |  |  |  |  |
| 6. | L – MUZEUM WARZELNI SOLI UL. SOLNA 6 | POBIERANIE I PRZECHOWYWWANIE PAKIETÓW WARTOŚCIOWYCH (BEZPIECZNYCH KOPERT) W SZIEDZIBIE AUTO-TREZOR W CIECHOCINKU UL. ZDROJOWA 11/12 ORAZ JEGO PRZEKAZANIE DO DNIA NASTĘPNEGO DO KASA DYREKCJI UZDROWISKA CIECHOCINEK S.A. UL. KOŚCIUSZKI 10 | WE WSZYSTKIE DNI TYGODNIA ŁĄCZNIE Z NIEDZIELĄ GODZ. 18:00 | 183 |  |  |  |  |
| 7. | M – KAWIARNIA ZDROJOWA UL. ARMII KRAJOWEJ 4 | POBIERANIE I PRZECHOWYWWANIE PAKIETÓW WARTOŚCIOWYCH (BEZPIECZNYCH KOPERT) W SZIEDZIBIE AUTO-TREZOR W CIECHOCINKU UL. ZDROJOWA 11/12 ORAZ JEGO PRZEKAZANIE DO DNIA NASTĘPNEGO DO KASA DYREKCJI UZDROWISKA CIECHOCINEK S.A. UL. KOŚCIUSZKI 10 | WE WSZYSTKIE DNI TYGODNIA ŁĄCZNIE Z NIEDZIELĄ GODZ. 22:30-23:00 | 183 |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  | XXXXXXXXXX |  |

Cena oferty netto **…………………. zł** (słownie: ………………………….. złotych)

Podatek VAT **……………………… zł**

Cena oferty brutto **………………………..zł**

(słownie: osiemdziesiąt dwa tysiące osiemdziesiąt cztery złote pięć groszy)

**Oświadczam, że:**

1. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
2. Dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem, a także odpowiednim potencjałem technicznym, finansowym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
3. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania oraz akceptuję warunki udziału w zapytaniu ofertowym i postanowienia umieszczone we wzorze umowy.

 4. Wykonam zamówienie w terminie : od dnia podpisania umowy w okresie 12 miesięcy rzetelnie i z

 należytą starannością.

 5. Termin płatności : *30 dni*

 6. Termin usunięcia reklamacji ( liczony od dnia zgłoszenia reklamacji ) *– 48 godzin*

 7. Gwarancja wyrażona w liczbie *miesięcy - 12 m – cy*

 8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec

 osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania

 się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni, od dnia upływu terminu składania ofert.**

**Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Inne informacje Oferenta:**

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

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

 (imię i nazwisko)

 podpis uprawnionego przedstawiciela

 Oferenta