Załącznik nr 2 do SIWZ

 *(Nazwa i adres Wykonawcy)*

NR NIP / KRS: ……………………………..

REGON: ………………………………..…..

Telefon / Fax: ………………………………

adres e-mail: ………………………….….

 **Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**

**32-400 Myślenice**

**ul. Szpitalna 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątania i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywania transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego wraz z przejęciem 11 pracowników w trybie art. 23’ Kodeksu Pracy

**nr 13/PN/20**

Po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia, opisem jednostki sprzątanej, treścią siwz oraz wzorem umowy składam swoją ofertę i zobowiązuje się że wykonam przedmiotowe zamówieniaza

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr Pakietu | Miesięczna wartość pakietu brutto…………….(zł) | Roczna wartość pakietu brutto……………….(zł) | Wartość za okres 2-ch lat brutto……………..(zł) |
| Usługi sprzątania oraz wykonywanie czynności pomocniczych przy pacjencie |
| (1) Oddział Chirurgiczny wraz z Intensywną Opieką Pooperacyjną |  |  |  |
| (2) Oddział Chirurgii Urazowo-ortopedycznej |  |  |  |
| (3) Blok operacyjny  |  |  |  |
| (4) Oddział Ginekologiczno-położniczy wraz z blokiem porodowym |  |  |  |
| (5) Oddział Neonatologiczny |  |  |  |
| (6) Oddział Wewnętrzny wraz z Intensywną Opieką Kardiologiczną |  |  |  |
| (7) Oddział Neurologiczny |  |  |  |
| (8) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |  |
| (9) Oddział Dziecięcy |  |  |  |
| (10) Szpitalny Oddział Ratunkowy |  |  |  |
| (11) Oddział Chorób Płuc |  |  |  |
| (12) Oddział Zakaźny |  |  |  |
| (13) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy |  |  |  |
| (14) Stacja Pomocy Doraźnej |  |  |  |
| (15) Pracownia Rehabilitacji i Fizykoterapii |  |  |  |
| (16)Pracownia Diagnostyki Obrazowej RTG, USG, EKG, EEG |  |  |  |
| (17) Poradnie specjalistyczne |  |  |  |
| (18) Laboratorium Mikrobiologiczne |  |  |  |
| (19) Laboratorium Analityki Medycznej |  |  |  |
| (20) Apteka Szpitalna |  |  |  |
| **(21) Pozostałe** |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |

**OGÓŁEM:**

|  |
| --- |
| Usługi sprzątania oraz wykonywanie transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego |
|  | Miesięczna wartość brutto…………….(zł) | Roczna wartość brutto……………….(zł) | Wartość za okres 2-ch lat brutto ………..……..(zł) |
|  |

Wartość brutto oferty za okres 2 lat (słownie)…………………………………………… zł.

oraz:

***- Posiadami i składam/ nie posiadam\**** certyfikat Gwarant Czystości i Higieny

***- Posiadami i składam/ nie posiadam\**** certyfikatu potwierdzający wprowadzenie systemu zarządzania jakością

Oferowane ręczniki papierowe (podać dokładną nazwę handlową i symbol oraz parametry, jakie posiada aby Zamawiający mógł ocenić pod kątem przyznania dodatkowych punktów)

………………………………………..

Oferowany papier toaletowy (podać dokładną nazwę handlową i symbol oraz parametry, jakie posiada, aby Zamawiający mógł ocenić pod kątem przyznania dodatkowych punktów)

***………………………………***

Informujemy, że złożona oferta **nie będzie/będzie\***prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, o którym mowa w art. 91 ust. 3a Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.).

1. Informujemy, że Wykonawca jest **małym/średnim/dużym1) przedsiębiorstwem**. (w przypadku oferty wspólnej informację należy odnieść do Lidera składającego ofertę w postępowaniu)
2. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznikdo Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, został przez nas zaakceptowany.
3. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy **samodzielnie/przy udziale podwykonawców\***, powierzając im wykonanie następujących części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma podwykonawcy, o ile jest znana** | **Część zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy**  | **Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Odpis z właściwego rejestru można pobrać ze strony internetowej………….(jeżeli dotyczy).
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

....................... ,data ................. .......................................................................

 Podpis (podpisy) osób uprawnionych do

 reprezentowania Wykonawcy

\*niewłaściwe skreślić

* 1. Art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1843 z późn. zm.) – jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. W przypadku nie wykreślenia żadnej informacji Zamawiający uzna, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego w/w obowiązku podatkowego.