Załącznik nr 1 - Wzór formularza oferty

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: **Usługa dostarczania posiłków dla pacjentów SPZOZ w Gostyniu**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: SPZOZ.XII.231.2/18/2024

1. **ZAMAWIAJĄCY**

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

1. **WYKONAWCA**

*NAZWA WYKONAWCY* (wprowadzić tekst)

*SIEDZIBA WYKONAWCY* (wprowadzić tekst)

WOJEWÓDZTWO Wybierz element.

REGON: (wprowadzić tekst) **|** NIP: (wprowadzić tekst)

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: (wprowadzić tekst)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość przedsiębiorstwa** (oznaczyć znakiem x /  kliknąć właściwy kwadrat) | **☐** | Mikroprzedsiębiorstwo[[1]](#footnote-1) | **Osoba uprawniona do kontaktów** |
| **☐** | Małe przedsiębiorstwo[[2]](#footnote-2) | *IMIĘ I NAZWISKO: ………………* |
| **☐** | Średnie przedsiębiorstwo[[3]](#footnote-3) | *E-MAIL: ………………* |
| **☐** | Żadne z powyższych | *TELEFON: ………………* |

1. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
   1. zapoznałem się z treścią SWZ, akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy i spełniam warunki udziału w postępowaniu;
   2. gwarantuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ, modyfikacji/wyjaśnień SWZ (o ile dotyczy);
   3. niniejsza oferta wiąże mnie przez 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert;
   4. w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się zawrzeć umowę w formie elektronicznej z użyciem podpisu kwalifikowanego, w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
   5. 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 niniejszego zamówienia publicznego;
   6. składam / nie składam ofertę jako Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia;
   7. zamierzam / nie zamierzam powierzyć wykonanie części zamówienia Podwykonawcy;
   8. wybór oferty będzie / nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego;
   9. oferta zawiera / nie zawiera tajemnicy przedsiębiorstwa.
2. **INFORMACJE DODATKOWE**

* Jeżeli w tomie III SWZ znajdują się tabele „OCENA JAKOŚCIOWA” i/lub „PARAMETRY GRANICZNE”, Zamawiający wymaga ich wypełnienia i złożenia wraz z formularzem ofertowym (ofertą). W przypadku braku złożenia ww. tabeli, Zamawiający przyzna 0 pkt. w pozacenowym kryterium oceny ofert.
* Jeżeli z treści SWZ wynika, że Zamawiający wymaga złożenia przedmiotowych środków dowodowych, Wykonawca składa je wraz z ofertą. Zamawiający zwraca uwagę na treść art. 107 ust. 3 PZP.
* W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (Pełnomocnik/Lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę.
* Wykonawca w cz. 3 pkt f-i formularza oferty przekreśla lub usuwa niepoprawną odpowiedź spośród podkreślonych. W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt g-i, Wykonawca obowiązkowo składa wraz z ofertą załącznik nr 2. W innym przypadku Wykonawca nie jest zobowiązany do jego złożenia.
* W przypadku braku możliwości zawarcia umowy do niniejszego postępowania w formie elektronicznej z użyciem podpisu kwalifikowanego, Wykonawca składa pisemny wniosek do Zamawiającego o wyznaczenie miejsca podpisania umowy.

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym, oferuję realizację zamówienia na: **Usługa dostarczania posiłków dla pacjentów SPZOZ w Gostyniu na zasadach, jak niżej:**
   * + 1. **Wartość posiłków wg diet w ramach programu „Dobry posiłek w szpitalu”**

|  |
| --- |
| Cena jednostkowa netto **1 osobodnia**: .................. PLN, podatek VAT …….... %, tj.............................. PLN  cena jednostkowa brutto **1 osobodnia**: ..…………… PLN  w tym:   1. **Śniadanie stanowi 30% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **śniadania:** ……..…………… PLN, podatek VAT.... %, tj........................ PLN * cena jednostkowa brutto **śniadania:** ..................... PLN  1. **Obiad stanowi 35% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **obiadu:** .......................... PLN, podatek VAT .... %, tj. ..................... PLN * cena jednostkowa brutto **obiadu:** ......................... PLN  1. **Podwieczorek stanowi 10% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **podwieczorek:** ............... PLN, podatek VAT..... % tj. ...................... PLN * cena jednostkowa brutto **podwieczorek:** .....*....*..... PLN  1. **Kolacja** **stanowi 15% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **kolacji:** ........................... PLN, podatek VAT.... %, tj. ...................... PLN * cena jednostkowa brutto **kolacji:** ......................... PLN   **5) Dodatkowy posiłek po kolacji stanowi 10% dziennej racji pokarmowej:**   * cena jednostkowa netto **dodatkowego posiłku po** **kolacji:** ................... PLN, podatek VAT.... %, tj. .......... PLN * cena jednostkowa brutto **dodatkowego posiłku po kolacji:** ......................... PLN   **Ogółem wartość całego przedmiotu zamówienia (szpital Gostyń + ZOL):\***  **cena netto: ................................................................................ PLN**  **podatek VAT: ..*..*......*..*........... %, tj. .....*.....*.................................. PLN**  **cena brutto: .............................................................................. PLN**  **słownie złotych brutto: ............................................................. PLN\***  **\*wartość całego przedmiotu zamówienia do Kryterium: „Cena”** |

* + - 1. **Wartość posiłków wg diet bez programu „Dobry posiłek w szpitalu”**

|  |
| --- |
| Cena jednostkowa netto **1 osobodnia**: .................. PLN, podatek VAT …….... %, tj.............................. PLN  cena jednostkowa brutto **1 osobodnia**: ..…………… PLN  w tym:   1. **Śniadanie stanowi 30% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **śniadania:** ……..…………… PLN, podatek VAT.... %, tj........................ PLN * cena jednostkowa brutto **śniadania:** ..................... PLN  1. **Obiad stanowi 40% dziennej racji pokarmowej:**    * cena jednostkowa netto **obiadu:** .......................... PLN, podatek VAT .... %, tj. ..................... PLN    * cena jednostkowa brutto **obiadu:** ......................... PLN 2. **Podwieczorek stanowi 10% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **podwieczorek:** ............... PLN, podatek VAT..... % tj. ...................... PLN * cena jednostkowa brutto **podwieczorek:** .....*....*..... PLN  1. **Kolacja** **stanowi 20% dziennej racji pokarmowej:**  * cena jednostkowa netto **kolacji:** ........................... PLN, podatek VAT.... %, tj. ...................... PLN * cena jednostkowa brutto **kolacji:** ......................... PLN   **Ogółem wartość całego przedmiotu zamówienia (szpital Gostyń + ZOL):\***  **cena netto: ................................................................................ PLN**  **podatek VAT: ..*..*......*..*........... %, tj. .....*.....*.................................. PLN**  **cena brutto: .............................................................................. PLN**  **słownie złotych brutto: ............................................................. PLN\***  **\*wartość całego przedmiotu zamówienia do Kryterium: „Cena”** |

1. Wykonawca oświadcza, że termin płatności wynosi: **60 dni** od dnia doręczenia prawidłowej faktury do siedziby Zamawiającego.
2. Miejsce (adres) przygotowywania posiłków:

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

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

……………………………..….…………………

Podpis osoby reprezentującej Wykonawcę

**UWAGA! Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.**

1. **zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **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. [↑](#footnote-ref-3)