Załącznik nr 3 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dla postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605) na:

**USŁUGĘ WETERYNARYJNĄ**

1. **WYKONAWCA\***

Nazwa Wykonawcy: .......................................................................................................................................

Siedziba/ Adres (ulica, nr budynku, nr kodu, miasto): ……………………………….…………….………

Województwo: …………………………………………………………..……………….……..………

e-mail do kontaktów: ……………………………………………………………..........................................

Numer NIP/PESEL: ………………………………………………………………………...........................

Numer KRS/informacja o CEIDG: ………………………………….......................................................

reprezentowany przez: …………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*** *w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców oraz wskazać Pełnomocnika*

1. **OFERTA**

W odpowiedzi na ogłoszenie o wszczęciu postępowania w trybie podstawowym na **USŁUGĘ WETERYNARYJNĄ** znak sprawy: **WNP/1054/BN/2023** zgodnie z wymogami określonymi w SWZ, oferuję (-emy) wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

netto: …………….. zł, (słownie:........................................................................................................)

VAT: …………….. zł, (słownie:.......................................................................................................)

brutto: …..……..…. zł, (słownie:.......................................................................................................)

zgodnie z **poniższym** zestawieniem asortymentowo-wartościowym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **J.m.** | **Cena jedn. netto zł** | **VAT %** | **Cena jedn. brutto zł** |
| 1. | Szczepienie przeciw tężcowi i grypie | szt. |  |  |  |
| 2. | Odrobaczenie koni | szt. |  |  |  |
| 3. | Tarnikowanie zębów koni | szt. |  |  |  |
| 4. | Ocena stanu zdrowia konia przy zakupie(badanie TUV) | szt. |  |  |  |
| 5. | Opinia lekarska do wybrakowania lub eutanazji konia | szt. |  |  |  |
| 6. | Badanie kliniczne: oglądanie, omacywanie, osłuchiwanie, pomiar temperatury | szt. |  |  |  |
| 7. | Badanie ortopedyczne: badanie spoczynkowe i w ruchu, próby zginania, badanie czułkami kopytowymi | szt. |  |  |  |
| 8. | Znieczulenia diagnostyczne (od punktu) | szt. |  |  |  |
| 9. | Badanie rektalne | szt. |  |  |  |
| 10. | Badanie okulistyczne | szt. |  |  |  |
| 11. | Badanie RTG | szt. |  |  |  |
| 12. | Badanie USG płuca/serce/jama brzuszna | szt. |  |  |  |
| 13. | Badanie USG narządu ruchu | szt. |  |  |  |
| 14. | Badanie kontrolne/ponowne, jeśli wymagane | szt. |  |  |  |
| 15. | Iniekcja (zastrzyk) dożylny | szt. |  |  |  |
| 16. | Iniekcja domięśniowa | szt. |  |  |  |
| 17. | Iniekcja podskórna | szt. |  |  |  |
| 18. | Założenie dojścia dożylnego | szt. |  |  |  |
| 19. | Założenie sondy nosowo – przełykowej | szt. |  |  |  |
| 20. | Założenie opatrunku | szt. |  |  |  |
| 21. | Leczenie długotrwałe (np. kroplówki, leczenie konia z kolką)opłata za godzinę pracy | godz. |  |  |  |
| 22. | Praca w nocy\*/święta/dni wolne – dodatkowa opłata za każdą godzinę pracy\*pomiędzy 21.00 a 7.00. | godz. |  |  |  |
| 23. | Dojazd z miejsca wykonywania praktyki do Ośrodka Jeździeckiego(cena tam i z powrotem) | szt. |  |  |  |
| 24. | Szycie ran ( cena zależna od wielkości) | szt. |  |  |  |
| 25. | Gastroskopia | szt. |  |  |  |
| 26. | Bronchoskopia | szt. |  |  |  |
| 27. | Eutanazja | szt. |  |  |  |
| 28. | Mezoterapia |( odc. piersiowy) | szt. |  |  |  |
| 29 | Mezoterapia |( odc. lędźwiowy) |  |  |  |  |
| 30. | Podanie kwasu hialuronowego do stawów | szt. |  |  |  |
| 31. | Leczenie stomatologiczne : usunięcie zęba | szt. |  |  |  |
| 32. | Leczenie stomatologiczne : zakładanie wypełnienia | szt. |  |  |  |
| 33. | Badanie krwi ( ogólne) | szt. |  |  |  |
| 34 | Badanie krwi ( profil rozszerzony) | szt. |  |  |  |
| 35 | Badanie klaczy i inseminacja ( remont stada macierzystego) | szt. |  |  |  |
| 36. | Opieka nad klaczą w ciąży (kontrolne usg) | szt. |  |  |  |
| 37. | Odbiór porodu | szt. |  |  |  |
| 38. | Utylizacja konia  | szt. |  |  |  |
| 39. | Konsultacja dermatologiczna | szt. |  |  |  |
| 40. | Kastracja  | szt. |  |  |  |
| 41. | Terapia laserem wysokoenergetycznym | szt. |  |  |  |
| 42. | Terapia falą uderzeniową | szt. |  |  |  |
| 43. | Hirudoterapia | szt. |  |  |  |
| 44. | Transport konia do i z kliniki | km |  |  |  |
| **RAZEM** |  | **X** |  |

**UWAGA!**

**Każda kolumna zestawienia musi zostać wypełniona, w przeciwnym wypadku oferta będzie podlegała odrzuceniu
jako niezgodna z treścią SWZ.**

**Cena zużytych leków będzie odpowiadała kosztom zakupu poniesionym przez lekarza weterynarii – udokumentowanych na każde żądanie Zamawiającego.**

1. **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**
2. **Oświadczam**, że zapoznałem się ze specyfikacją warunków zamówienia (SWZ) i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
3. **Oświadczam,** że zawarty w SWZ projektowane postanowienia umowy akceptuję i zobowiązuję się,
w przypadku wybrania mojej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu
i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. **Oświadczam:**

a) Jestem\*/nie jestemczynnym podatnikiem w podatku od towarów i usług VAT;

b) numer rachunku bankowego, który widnieje w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT

………………………………………………………

c) nazwa i adres Urzędu Skarbowego, w którym zgłoszony jest powyższy rachunek

………………………………………………………

\* *niepotrzebne skreślić*

1. **Oświadczam,** że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie żadnej z przesłanek, o których mowa w art. 108 ust. 1.
2. **Oświadczam,** że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
3. Podaję adres strony internetowej, na której są dostępne w formie elektronicznej: odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej: …………………………………………

W przypadku składania oferty wspólnej przez kilku przedsiębiorców (tzw. konsorcjum) lub przez spółkę cywilną, każdy ze wspólników konsorcjum lub spółki cywilnej musi podać ww. adres.

1. Powołuję się na zasoby poniższych podmiotów\* na zasadach określonych w art. 118 ust. 1 ustawy Pzp,
w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w punkcie 7 SWZ

Nazwa (firma) podmiotu udostępniającego zasoby:

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

W załączeniu składamy zobowiązania tych podmiotów spełniające wymagania zawarte w punkcie 7 SWZ.

**Nie powołuję się na zasoby podmiotów\*** na zasadach określonych w art. 118 ust. 1 ustawy Pzp, a więc **osobiście spełniam warunki** określone w punkcie 7 SWZ.

\**niepotrzebne skreślić*

1. Zgodnie z art. 462 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, informuję, że:

**\* zamierzam powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:**

a) wykonanie części dotyczącej .......................... firmie ......................... z siedzibą w ...............................

Wartość brutto części zamówienia powierzona podwykonawcy wynosi: ............ zł lub stanowi .........% wartości całego zamówienia.

b) wykonanie części dotyczącej ......................... firmie ....................... z siedzibą w .................................

Wartość brutto części zamówienia powierzona podwykonawcy wynosi: ............ zł lub stanowi .........% wartości całego zamówienia.

\* **nie zamierzam powierzyć podwykonawcom wykonania żadnej części zamówienia**

\* *niepotrzebne skreślić*

1. Do bieżącego kontaktu w związku z powyższym postępowaniem wyznaczam/-y:

p. …………………, tel. …………………., e-mail………………………

1. **Oświadczam (-y), że**\*
	* należę (-ymy) do kategorii mikroprzedsiębiorstw
	* należę (-ymy) do kategorii małych przedsiębiorstw
	* należę (-ymy) do kategorii średnich przedsiębiorstw
	* prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą
	* jestem osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczą
	* prowadzę (-imy) inny rodzaj działalności

\**właściwe zaznaczyć/podkreślić/pogrubić*

***Informacja dla Wykonawcy:***

***Niniejszy formularz powinien zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym(gov.pl) lub elektronicznym podpisem osobistym (edowód) przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentacji.***