Załącznik nr 1 do SIWZ

Załącznik nr 1 do Umowy nr MOPS.DZP.324.3…../2020

#### FORMULARZ OFERTOWY

**Zamawiający:** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

Jednostka Budżetowa Gminy Miasta Gdyni

81-265 Gdynia, ul. Grabowo 2

Dotyczy Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na zasadach określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 1843 ze zm.), zwanej dalej ustawą Pzp o wartości szacunkowej niższej niż wyrażona w złotych równowartość kwoty, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy Pzp, którego przedmiotem jest:

**Świadczenie usług pogrzebowych na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni**

**Dane Wykonawcy:**

**Mały / Średni Przedsiębiorca**\*

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

*adres:……………………………………………………………………………………………………………………………..*

*województwo: …………………………………………………*

*NIP: ………………………………………………………… Regon: …………………………………………………………*

*Osoba odpowiedzialna za kontakt z Zamawiającym: ………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:*

*e-mail: …………………………………………………*

*numer telefonu:………………………………………*

*Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): …………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Łączna cena ofertowa:**

* + 1. Niniejszym oferuję/-emy\* wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi SIWZ, za łączną cenę ofertową w wysokości:

**cena oferty brutto:................................ zł** (słownie: ……………………………….)

w tym …….% podatek VAT w wysokości: ………………………………..zł

cena oferty netto: ……………………. zł (słownie: ……………………………….)

* + 1. Cena ofertowa została wyliczona zgodnie z niżej wskazanymi cenami jednostkowymi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagany przedmiot zamówienia | Ilość  pochówków | Cena jednostkowa brutto za jeden pochówek (zł) | Wartość brutto(zł)  (*c x d*) |
| *a* | *b* | *c* | *d* | *e* |
| 1 | Usługi pogrzebowe zwykłe dla zmarłych osób dorosłych ( pochówek w grobie ziemnym) | 15 |  |  |
| 2 | Usługi pogrzebowe ( pogrzeb urnowy, po spopieleniu) dla zmarłych osób dorosłych | 45 |  |  |
| 3 | Usługi pogrzebowe ( pogrzeb urnowy, po spopieleniu) dla zmarłych osób dorosłych zgon z powodu SARS-CoV-2 (COVID-19) | 5 |  |  |
| 4 | Usługa pogrzebowa dla zmarłych dzieci | 1 |  |  |
| 5 | Usługi pogrzebowe dla dzieci martwo urodzonych odbieranych ze Szpitale Pomorskie Sp. z o.o w Gdyni  ( pochówek w grobie ziemnym pogłębionym) | 2 |  |  |
| 6 | Usługa pogrzebowa – pochówek zbiorowy szczątków ludzkich | 2 |  |  |
| **Razem** | | | |  |

**Oświadczam/-my, że:**

* + 1. wskazana cena brutto obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia określonego przez Zamawiającego w SIWZ, uwzględnia wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania całości przedmiotu zamówienia, bez względu na okoliczności i źródła ich pochodzenia;
    2. akceptuje/-my\* warunkami zamówienia wskazane w treści SIWZ oraz w projekcie umowy;
    3. zapoznałem się/zapoznaliśmy się\* ze SIWZ i nie wnoszę/ nie wnosimy\* do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem/zdobyliśmy\* konieczne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia;
    4. jestem/jesteśmy\* związany/związani\* złożona ofertą przez okres 30 dni – bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert;
    5. akceptuje/akceptujemy\* projekt umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do SIWZ i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązuje/zobowiązujemy się do podpisania umowy, na określonych w SIWZ warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
    6. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego; ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czyny nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
    7. zostałem/zostaliśmy\* poinformowany/poinformowani\*, że mogę/możemy\* wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji jednocześnie wykazując, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oraz zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania;
    8. zamówienie zostanie zrealizowane zgodnie z warunkami określonym w SIWZ, termin realizacji zamówienia od dnia 01.01.2021 r do dnia 31.12.2021 r. lub do wyczerpania kwoty brutto zawartej umowy.

**Podwykonawcy** *(wypełnić, jeżeli dotyczy)*

Oświadczam/Oświadczamy\*, że zamówienie zrealizuje/zrealizujemy\* sam/sami\* /przy udziale podwykonawców\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia powierzona podwykonawcom | Nazwa firmy podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**Spis treści**

Załącznikami do oferty są niżej wymienione dokumenty i oświadczenia, które należy rozumieć jako aktualne i wskazane przez ze mnie / przez nas\* w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia z postępowania:

1. …………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………

Niniejsza ofertę została złożona na …………. kolejno ponumerowanych stronach.

*\* niepotrzebne skreślić*

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik Nr 2 do SIWZ

*Nazwa Wykonawcy:……………………………………………………………………………………………………………*

# **Oświadczenie Wykonawcy**

# **Dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie usług pogrzebowych na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni** oświadczam/ -my co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam/-y, że spełniam/-y warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziału 4 ust.1 pkt. 2 SIWZ.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**INFORMACJA W ZAWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam/-y, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych w Rozdziału 4 ust. 1 pkt. 2 SIWZ polegam/-y na zasobach następującego/-ych podmiotu/-ów: ……………………………………………………………………………………………………………

w następującym zakresie:…………………………………………………………………….…………. ……………………………………………………………………………………………………………

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam/-my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 3 do SIWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

# **Oświadczenie Wykonawcy**

# **Dotyczące PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z postępowaniA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie usług pogrzebowych na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni**, oświadczam/ -my co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam/-y, że nie podlegam/-y wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*(Nie wypełniać jeśli nie dotyczy)*

Oświadczam/-y, że zachodzą w stosunku do mnie/nas\* podstawy wykluczenia z postepowania na podstawie art. …..ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt. 13-14, 16-20 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam/-y, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem/podjęliśmy\* następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………............

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

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

*(Nie wypełniać jeśli nie dotyczy)*

Oświadczam/-y, że następujący/-e podmiot/-y, na którego/-ych zasoby powołuje/-my się w niniejszym postępowaniu tj.:

…………………………………………………………………………………………………………....*(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)*

nie podlega/-ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOWY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

*(Nie wypełniać jeśli nie dotyczy)*

Oświadczam/-my, że następujący/-e podmiot/-y, będący/-e podwykonawcą/-ami: ……………………………………………………………………………………………………...….....*(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/Pesel, KRS/CEiDG)*

nie podlega/-ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia z art. 24 ust. 1 pkt. 13-22 ustawy Pzp.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam/-my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełna świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Wzór zobowiązania podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy**

**niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

***Uwaga!*** *Zamiast niniejszego dokumentu można przedstawić inne dokumenty, które określą w szczególności:*

* *zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu,*
* *sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
* *zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
* *czy podmiot, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych zrealizuje usługi , których wskazane zdolności dotyczą.*

Ja:

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

*(imię i nazwisko osoby /osób upoważnionej /-ych do reprezentowania podmiotu)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

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

*(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)*

zobowiązuje /-my się do oddania niżej wymienionych zasobów na potrzeby wykonania przedmiotu zamówienia:

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

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

*(określenie zasobu: zdolność techniczna lub zawodowa)*

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa Wykonawcy)*

w trakcie wykonywania zamówienia, którego przedmiotem jest  **świadczenie usług pogrzebowych dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni,**

na następujących zasadach:

* + - * 1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby w następujący sposób:

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

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

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

* + - * 1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów, przez Wykonawcę przy wykonywaniu niniejszego zamówienia:

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

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

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

* + - * 1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

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

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

* + - * 1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

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

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

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania podmiotu*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania podmiotu*