|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOW****Y** |
| ***Zamawiający:*****Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu****ul. H. Kamieńskiego 73a****51-124 Wrocław** |
| 1. **DANE WYKONAWCY**
 |
| **Nazwa i siedziba****Wykonawcy\*)** | *………………………………………………………………………**………………………………………………………………………**ul:* ............................................................. *kod:* ..................……………………………*miejscowość:…………………………………….* |
| Rejestr prowadzenia działalności\*:  | Rejestr prowadzenia działalności\* (zaznaczyć właściwe) :🞎 **KRS NR** ……………….…………. adres rejestru: https://ekrs.ms.gov.pl/🞎 **CEDIG NR NIP** ………………..………… adres rejestru: https://prod.ceidg.gov.pl/🞎 **……...…….. NR ……..…………..…. adres rejestru**: …………………..………..(*dla wykonawcy, który ma siedzibę lub osoba ma miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)* |
| Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) |
| \*) *w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera* | *………………………………………………………………………**………………………………………………………………………**ul:* ............................................................. *kod:* ..................……………………………*miejscowość:…………………………………* |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Adres do korespondencji****(jeżeli jest inny niż adres siedziby)** | *ul:* ............................................................. *kod:* ..................……………………………*miejscowość:…………………………………….* |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** | *……………………………………………………* |
| **Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem** | e- mail: …………………………………..fax: ………………………………….. tel.: …………………………………….. |
| **Rodzaj Wykonawcy:*** 🞎 **mikroprzedsiębiorstwo\*;** 🞎 **małe przedsiębiorstwo\*;** 🞎 **średnie przedsiębiorstwo\***
* 🞎 **duże przedsiębiorstwo\*;** 🞎 **jednoosobowa działalność gospodarcza\***
* 🞎**osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*;** 🞎 **inny rodzaj\***

*(zaznaczyć odpowiednio )*  |
| 1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**
 |
| Składam ofertę na zamówienie publiczne prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, prowadzonego na podstawie art. 132 ustawy Pzp **USŁUGA KOMPLEKSOWEGO ŻYWIENIA** **PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU**  |
| 1. **CENA OFERTY**
 |
| 1. Oferuję wykonanie **całego zakresu przedmiotu zamówienia** za cenę:

 cena ryczałtowa netto: ............................................................................................ zł **cena ryczałtowa brutto:** ....................................................................................... złw tym: * 1. Ryczałtowa cena za żywienie pacjentów za 24m-ce bez względu na stosowaną dietę zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Ofertowego wynosi:

cena netto ……… zł cena brutto ……………… zł* 1. Cena za przygotowanie mieszanek przez 24 m-ce sporządzonych przez kuchnię mleczną na podstawie cen jednostkowych zgodnie z formularzem asortymentowo cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do formularza ofertowego

cena netto ………………………………… zł cena brutto ……………………………….. zł1. Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę wynosi :

|  |
| --- |
| **Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia** jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę  |
| **elementy struktury** | **udział**  | **kwota brutto w zł** |
| Koszt dystrybucji | **18,00% \*)** |  ……………..zł |
| Koszt produktów żywnościowych (wsad do kotła) | ………….% **\*\*)** |  …………….zł |
| Koszty pozostałe | ………….% |  …………….zł |
| **RAZEM** | **100,00%** |  …………….zł |

***\*) Ogólny koszt dystrybucji musi stanowić 18,00% kosztu średniej ceny jednostkowej całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę*** ***\*\*) Koszt produktów żywnościowych (wsad do kotła)***Minimalna wartość to 16,00 zł brutto (dziennie) – oferta z kosztem produktu (wsadu do kotła) poniżej minimalnej wartości zostanie odrzucona1. Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni kuchni w wysokości:

cena netto ………………………………… zł **Uwaga** **- *Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni kuchni nie może być niższy niż 15 zł netto****.** + 1. **Gwarantowana minimalna kwotaobniżenia wpłaty Zamawiającego na PFRON z tytułu zakupu oferowanych usług w całym okresie obowiązywania umowy wynosić będzie łącznie:**

 **............................. zł.**  **............................. zł. miesięcznie****UWAGA: Zamawiający uwzględni w kryterium „koszt” minimalną kwotę obniżenia wpłat na PFRON w przypadku podmiotów występujących wspólnie (konsorcja), pod warunkiem, gdy możliwość obniżenia wpłat z tytułu PFRON zapewni Zamawiającemu jeden z członków konsorcjum, który jako podmiot uprawniony do udzielenia Zamawiającemu ulgi będzie jednocześnie wystawcą stosownej faktury za usługę.****UWAGA: Wykonawca nie posiadający w ogóle ulgi na PFRON winien wykreślićmiejsca wykropkowanelub wpisać wartość 0.** |
| 1. **OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY:**
 |
| **Oświadczam, że:** * + - 1. Składam niniejszą ofertę:

 🞎 we własnym imieniu\*  🞎 jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\** + - 1. Oświadczam, iż następujące usługi wykonają poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*:

Wykonawca (nazwa): …………………………. wykona: ………………….Wykonawca (nazwa): …………………………. wykona: ………………….*\*Dotyczy jedynie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie – należy dostosować do liczby wykonawców w konsorcjum** + - 1. Oświadczam, że nie uczestniczę, jako wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia
			2. Oświadczam, że zawarty w specyfikacji warunków zamówienia projekt umowy został zaakceptowany i zobowiązuję się, w przypadku wybrania oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
			3. Oświadczam, że zamówienie zostanie zrealizowane zgodnie z treścią SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji, w terminie określonym w SWZ.
			4. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
			5. Oświadczam, ze zatrudnię na umowę o pracę pracowników liniowych wykonujących czynności związane z przygotowaniem i dystrybucją posiłków.
			6. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.
			7. Wybór mojej oferty będzie/nie będzie\*) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (w przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa należy wskazać nazwę rodzaj towaru, którego dostawa będzie prowadzić do jego powstania, wskazując jego wartość bez kwoty podatku).

\*niepotrzebne *skreślić** + 1. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i/lub [[1]](#footnote-1) art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanym dalej „RODO" - wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu i w oparciu o dane informacyjne zawarte w Rozdziale XXIX SWZ.
		2. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu przetargowym oświadczenia złożyłem ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych.

**Zobowiązuję się do:*** + - 1. zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
			2. zrealizowania przedmiotu zamówienia w terminie określonym w ofercie;
			3. wyznaczam osoby do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia: ................................. e-mail: ………..................…. tel. ...........................
			4. Wyznaczam kierownika obiektu w osobie *………………………………………………….*
 |
| 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY – PFRON \*) jeżeli dotyczy**
 |
| Oświadczam, że: * + - 1. **spełniam/y warunki określone w art. 22 ust.1 ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U z 2023r. poz. 100 ze zm.) oraz będziemy je spełniać przez cały okres obowiązywania umowy, w związku z czym Zamawiającemu z tytułu zakupu usług od Wykonawcy będzie przysługiwało prawo do obniżenia wpłat na PFRON.**
			2. **kwota obniżenia wpłat na PFRON przysługująca Zamawiającemu z tytułu zakupu usług objętych niniejszym postępowaniem nie będzie niższa niż ………… zł. (słownie …………. zł) miesięcznie, nie wyższa jednak niż 50 % kwoty należności za zakup tych usług określonej na fakturze Wykonawcy, pomniejszonej o kwotę podatku od towarów i usług, z uwzględnieniem korekt tej faktury.**
			3. **zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997r. zobowiązuję się do wystawiania oświadczeń / dokumentów uprawniających Zamawiającego do skorzystania z ulgi w odpisie na PFRON.**
			4. **zobowiązuję się do przedstawienia Zamawiającemu, przed podpisaniem umowy, wysokości ulgi na PFRON z ostatnich 6 ( sześciu ) miesięcy.**

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.** |
| 1. **PODWYKONAWCY**
 |
| Przedmiot zamówienia zamierzam wykonać *\*)* **samodzielnie/ wykonać przy udziale podwykonawców\*).**\*\*)Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy z podwykonawcami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy** **(jeśli jest znana)***(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*  | **Nazwa części zamówienia powierzona podwykonawcy** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

***\*) wybrać odpowiednio*** ***\*\*) wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców*** |
| 1. **PODWYKONAWCA WYSTĘPUJĄCY JAKO PODMIOT TRZECI, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA**
 |
| * + - 1. Przy realizacji niniejszego zamówienia będę/nie będę\*) polegał na zasobach innych podmiotów
			2. \*\*) Informacje dotyczące podmiotu, na którego zasoby powołuje się Wykonawca:

..………………………….w zakresie ………………………………………………………**W załączeniu składamy dokumenty (np. zobowiązania), o których mowa w Rozdziale XIX pkt. 3 SWZ.** *\*) wybrać odpowiednio* *\*\*) wypełnić w przypadku powołania się na zasoby wraz z określeniem ich zakresu* |
| 1. **POTWIERDZENIE WNIESIENIA WADIUM**
 |
| Wykonawca oświadcza, że wniósł wadium przed upływem terminu składania ofert w wysokości: ……………….……………………. zł w formie ……………………………………………… Nazwa banku i numer konta na które Zamawiający powinien dokonać zwrotu wadium(wypełnić jeżeli dotyczy)……………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **RACHUNEK BANKOWY WYKONAWCY**
 |
| Nr rachunku bankowego Wykonawcy na który zostanie dokonana płatność za wykonanie przedmiotu zamówienia:Nr rachunku ……………………………………… prowadzonego przez bank ……………………… |
| **VIII. TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA** |
| Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 18 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.) zastrzegam, że informacje:............................................................................................................................................................... (wymienić czego dotyczy)zawarte są w następujących dokumentach:......................................................................................................................................................................., które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy z 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r. poz. 1233) i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.Jednocześnie wykazuję, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, ponieważ:UZASADNIENIE……………………………………………………………………………………………………………Uwaga: Zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „tajemnica przedsiębiorstwa” i złożone w odrębnym pliku/katalogu. |

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

(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania

Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO CENOWY PRZYGOTOWANIA**

 **mieszanek** **SPORZĄDZANYCH PRZEZ KUCHNIĘ MLECZNĄ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | NAZWA PRODUKTU | **roczna**.ilośćw litrach/szt | Cena jedn. **brutto**l./szt. | Wartość **24 mies.** **brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 = 4\*5\*2 |
| 1 | B1-Bebiko 1  | B1 | 45,5 |  |  |
| 2 | B2-Bebiko 2 | B2 | 45,65 |  |  |
| 3 | B3-Bebiko 3 | B3 | 23,15 |  |  |
| 4 | BEB1 – Bebilon 1  | BEB1 | 65,55 |  |  |
| 5 | BEB2 – Bebilon 2  | BEB2 | 17,05 |  |  |
| 6 | BEB3 – Bebilon 3  | BEB3 | 3,6 |  |  |
| 7 | BEB COMF – Bebilon Comfort  | BEB COMF | 18,95 |  |  |
| 8 | BEB HA1 – Bebilon HA 1 | BEB HA1 | 1 |  |  |
| 9 | BEB HA2 – Bebilon HA 2 | BEB HA 2  | 0,45 |  |  |
| 10 | BEB AR – Bebilon AR  | BEB AR | 16,65 |  |  |
| 11 | BEB PEP1 – Bebilon PEPTI 1 | BEB PEP 1 | 93,83 |  |  |
| 12 | BEB PEP2 – Bebilon PEPTI 2 | BEB PEP 2 | 4,15 |  |  |
| 13 | BEB PEP MCT – Bebilon Pepti MCT  | BEB PEP MCT | 46 |  |  |
| 14 | NEN – Bebilon Nenatal  | NEN | 20,4 |  |  |
| 15 | BEB NUTR – Bebilon Nutriton  | BEB NUTR | 1,2 |  |  |
| 16 | BEB b/l – Bebilon bez laktozy  | BEB B/L | 3 |  |  |
| 17 | PRE – Prenan  | PRE | 1 |  |  |
| 18 | SIN – Sinlac | SIN | 10,8 |  |  |
| 19 | NAN 1  | NAN1 | 104,5 |  |  |
| 20 | NAN 2  | NAN2 | 28,85 |  |  |
| 21 | NAN 3 | NAN3 | 1,4 |  |  |
| 22 | NAN HA1 | NAN HA 1  | 1 |  |  |
| 23 | NAN HA2 | NAN HA 2 | 4 |  |  |
| 24 | FAN – Fantomalt  | FAN | 26,1 |  |  |
| 25 | ENF1 - Enfamil 1  | ENF 1  | 1 |  |  |
| 26 | ENF2 – Enfamil 2  | ENF 2 | 2 |  |  |
| 27 | NUTR1 - Nutramigen LGG 1 | NUTR 1 | 246,35 |  |  |
| 28 | NUTR2 - Nutramigen LGG 2 | NUTR 2  | 11,8 |  |  |
| 29 | NUTR3 – Nutramigen LGG 3 | NUTR 3 | 1 |  |  |
| 30 | MCTII – Humana MCT II | MCT II | 1 |  |  |
| 31 | MCTIII – Humana MCT III | MCT III | 1 |  |  |
| 32 | Kaszka Kukurydziana  | KK | 1 |  |  |
| 33 | KM – Kasza manna  | KM | 36,85 |  |  |
| 34 | KR/W - Kleik ryżowy na wodzie | KR/W | 1,75 |  |  |
| 35 | KR+JABŁ – Kleik ryzowy z jabłkiem | KR JABŁ | 1,75 |  |  |
| 36 | KIS – Ksiel  | KIS | 38 |  |  |
| 37 | KIS +JABŁ – Kisiel + jabłko  | KIS JABŁ | 10,15 |  |  |
| 38 | KJ – Zupa jarzynowa  | KJ | 20,2 |  |  |
| 39 | KJ+M Zupa jarzynowa z mięsem  | KJ+M | 98,25 |  |  |
| 40 | KJ+Ż - Zupa jarzynowa z żółtkiem  | KJ+z | 1 |  |  |
| 41 | HOMOG – Homogenat  | HOMOG | 1 |  |  |
| 42 | SIEM LN – Siemie Lniane | SIEM LN | 1 |  |  |
| 43 | MARCH - Marchwianka  | MARCH | 2,5 |  |  |
| 44 | HERBATA | H | 840,95 |  |  |
| 45 | WODA PRZEGOTOWANA  | WP | 155,85 |  |  |
|  |  |  | w sztukach |  |  |
| 46 | Butelki sterylne |   | 12643 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j.m.** | **Szacunkowa ilość wydanych posiłków w ciągu 24 miesięcy** | **Cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta netto (zł)** | **Cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta brutto (zł)** | **Wartość****netto****(zł)** | **Wartość****brutto****(zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G=DxE** | **H=DxF** |
| 1. | Ryczałtowa cena za żywienie pacjentów | Szt. | *Szacunek wg danych z OPZ Rozdział I pkt 2 Dzienne średnie ilości posiłków x liczba dni trwania usługi* | *Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną* ***dietę netto****………………..* | *Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną* ***dietę brutto****…………….* | …… | ………… |
| **Razem w okresie 24 m-cy**  |  |  |

1. . [↑](#footnote-ref-1)