*Załącznik nr 1 do SWZ*

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................

Adres: .....................................................................................................................

TEL./FAX: ………………………………..…………………………………………….................

REGON:…………………..……………...… NIP: ......……………………………………………..

W odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego pn:

**„USŁUGI W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA I DOSTARCZANIA POSIŁKÓW DLA PACJENTÓW KRAJOWEGO OSRODKA PSYCHIATRII SĄDOWEJ DLA NIELETNICH W GARWOLINIE”**

przedkładamy niniejszą ofertę oświadczając, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Oferujemy wykonanie ww. przedmiotu zamówienia zgodnie z załączonym formularzem cenowym oraz postanowieniami specyfikacji warunków zamówienia przedmiotowego postępowania za cenę:

**1. Cena 1 osobodnia:**

netto ………………….…zł, słownie………………………………

podatek VAT…… …….zł. słownie………………………………

brutto............................zł. słownie:.................................................

**2. Całkowita szacunkowa wartość zamówienia -** Cena jednostkowa x ilość osobodni w okresie trwania umowy:

**netto …………… x 11712 = …………………………………………..**

podatek VAT…… …….zł. słownie…………………………………………...............

**brutto............................zł. słownie:...............................................................**

1. **Oświadczam że odległość miedzy kuchnią a siedzibą Zamawiającego**

**wynosi: ………………………………**

1. **Posiadam / nie posiadam (niepotrzebne skreślić) System Zewnętrznej Oceny Jakości ISO 22000:2005 w zakresie produkcji i obrocie**
2. Oświadczamy, że powyższe ceny zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Oświadczamy, że oferujemy wykonanie zamówienia w całości w okresie   
   01.01.2024 – 31.12.2024.
4. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w dokumentacji przetargowej przedmiotowego postępowania
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami projektu umowy, która jest częścią dokumentacji przetargowej i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie przez niego wyznaczonym.
6. Oświadczamy że:
   1. Do sporządzania posiłków zatrudnione są/będą osoby posiadające aktualne książeczki zdrowia
   2. Wyposażenie kuchni, urządzenia techniczne, termosy i pojemniki do przewozu posiadają atesty dopuszczające do kontaktu z żywnością.
   3. dysponujemy pracownikiem – dietetykiem posiadającym kwalifikacje do wykonywania zawodu dietetyka oraz posiadającym minimum 3 lata doświadczenia w pracy dietetyka, który nadzorował przygotowanie posiłków przy świadczeniu usługi zbiorowego żywienia pacjentów w placówce ochrony zdrowia
   4. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzonej działalności jest krótszy - w tym okresie należycie wykonał lub wykonuje zamówienia dotyczące usług żywienia w placówkach ochrony zdrowia:

…………………………………………………………………………………………………

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

(nazwa placówki, okres trwania umowy)

1. Ofertę niniejszą składamy na .............................. kolejno ponumerowanych stronach.
2. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).
3. **Rodzaj Wykonawcy:**

mikroprzedsiębiorstwo

małe przedsiębiorstwo

średnie przedsiębiorstwo

1. Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym………………………………….

Telefon ………………………………….

1. Dokumenty określające organ uprawniony do reprezentacji Zamawiający może uzyskać ze strony <https://ekrs.ms.gov.pl> lub <https://prod.ceidg.gov.pl>
2. Zamawiający może samodzielnie pobrać dokumenty z poniższych ogólnodostępnych stron internetowych:

- …………………………………….- (czego dotyczy) ……………………………….

- …………………………………….- (czego dotyczy) ……………………………….

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1 …………………..….……….

2……………………….…..……

3 …………………………………

4 …………………………………

5 …………………………………

NINIEJSZY DOKUMENT w formie załączonego pliku POWINIEN BYĆ PODPISANY

**- kwalifikowanym** [**podpisem elektronicznym**](https://www.nccert.pl/) **lub**

**- podpisem** [**zaufanym**](https://moj.gov.pl/nforms/signer/upload?xFormsAppName=SIGNER)**,**

**- lub elektronicznym podpisem** [**osobistym**](https://www.gov.pl/web/mswia/oprogramowanie-do-pobrania)**.**