



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

Nr Sprawy: ZO/66/SIR/23

FORMULARZ OFERTOWY

1. ZAMAWIAJĄCY:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego,
ul. Koszarowa 5
51-149 Wrocław

2. WYKONAWCA:

Niniejsza oferta została złożona przez:

Ja / My, niżej podpisany/i

działając w imieniu i na rzecz:

L.p.	NAZWA WYKONAWCY/ÓW	ADRES/Y WYKONAWCY/ÓW	NIP, REGON , KRS WYKONAWCY/ÓW
			NIP: REGON: KRS:

3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM

Imię i Nazwisko	
Adres e-mailowy, numer telefonu	

4. Składając ofertę dot. postępowania Zapytania ofertowego na wykonanie zamówienia p.n.:

Weryfikacja dokumentacji projektowej w ramach prac przygotowawczych Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im J. Gromkowskiego we Wrocławiu

oferuję/my realizację przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym Zapytaniem ofertowym i jego załącznikami na następujących warunkach:

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdr

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Kryterium nr 1 - Cena	<p>łączna cena netto: PLN zastosowana stawka VAT wynosi ŁĄCZNA CENA BRUTTO za wykonanie zadań od I do VI (Pkt od 1 do 5): PLN</p> <ol style="list-style-type: none">1. z tytułu wykonania Zadania I (Etapu III Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;2. z tytułu wykonania Zadania II (Etapu IV Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;3. z tytułu wykonania Zadania III (Etapu V Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 3, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;4. z tytułu wykonania Zadania IV (Etapu VI Kontraktu), o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 4, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto;5. z tytułu wykonania Zadania V i VI, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 5 i 6, kwota [.....] zł netto, powiększona o podatek VAT, tj. łącznie [.....] zł brutto; <p>Uwaga: Wyceny Pkt. 6 <u>nie należy</u> wliczać do łącznej ceny oferty.</p> <ol style="list-style-type: none">6. Maksymalne wynagrodzenie za wydanie 10 szt. dodatkowych opinii po zgłoszeniu zapotrzebowania przez Zamawiającego wynosi PLN brutto, w tym zastosowana stawka VAT wynosi %, Stawka ryczałtowa za jedną dodatkową opinię w wysokości PLN netto.
----------------------------------	--

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • prof



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

5. Oświadczenia wykonawcy:

- a. W ramach kryterium nr 2 wskazuję doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia:

l.p.	Imię i Nazwisko / Stanowisko	Opis doświadczenia zawodowego osób wykonujących zamówienie (parametry fakultatywne)
Kryterium nr 2 - doświadczenie zawodowe osoby wykonującej przedmiot zamówienia	Inżynier Kontraktu	Doświadczenie zawodowe polegające na pełnieniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należyście wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu dokumentacji projektowej w zakresie architektury lub konstrukcji obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 1 000 m ² . 1. 2. 3. <i>(należy podać nazwy obiektów oraz daty wykonania)</i>

- b. Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z udziału w niniejszym postępowaniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz nie zachodzą w stosunku do mnie, w tym także do podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polegam (w przypadku gdy przypada na nich ponad 10% wartości zamówienia), przesłanki, o których mowa w art. 5k ust. 1 rozporządzenia rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
- c. Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodnym wymaganiami wskazanymi w OPZ (zał. Nr 1)
- d. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zaproszeniu ofertowym.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

- e. Oświadczam/y, że dysponuję/my osobami o odpowiednich kwalifikacjach, wiedzy i doświadczeniu, które będą zaangażowane (w miarę potrzeby) w realizację Zamówienia i zapewnią należyte wykonanie Zamówienia.
- f. Oświadczam/y, że w realizacji zamówienia będą uczestniczyć osoby posiadające wymagane uprawnienia niezbędne do wykonania usługi objętej przedmiotem zamówienia publicznego.
- g. Oświadczamy/y, że:
- ✓ **Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom (należy skreślić jeżeli nie dotyczy).
 - ✓ **Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującego zakresu zamówienia (należy wypełnić poniższą tabelę, jeżeli dotyczy lub skreślić jeżeli nie dotyczy):

L.p.	Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom	Firma (nazwa) podwykonawcy
1.	oświadczenie Inżyniera Kontraktu, że	
2.		

- h. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- i. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią Zaprośzenia ofertowego, jej załącznikami, w tym wzorem umowy (załączniki nr 5 do Zaprośzenia ofertowego) i OPZ (załącznik nr 1) oraz wszystkimi dot. ich modyfikacjami (jeżeli dotyczy) i w pełni akceptujemy ich treść.
- j. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą podpiszę umowę na warunkach określonych w Zaprośzeniu ofertowym w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
- k. Oświadczam/my, że:
1. wybór naszej oferty **nie będzie*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
 2. wybór naszej oferty **będzie*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. **skreślić niepotrzebne*

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w poniższej tabeli:

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • prof

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Lp.	Nazwa(rodzaj) towaru/usługi	Wartość towaru / usługi bez kwoty podatku	Stawka podatku od towarów i usług, która będzie miała zastosowanie

W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji, Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego będzie miało zastosowanie w przypadku:

- ✓ wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
- ✓ importu usług lub towarów.

l. Oświadczam/my, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu**.

**Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)*

***W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis „nie dotyczy”.*

m. Oświadczam/my, że jako wykonawca jestem/śmy (niepotrzebnie skreślić):

- mikro przedsiębiorstwem
- małym przedsiębiorstwem
- średnim przedsiębiorstwem

Informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

- ✓ Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

- ✓ Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.
 - ✓ Średnie przedsiębiorstwa: 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.
- n. Oświadczam/y, że oferta i załączniki **zawierają/nie zawierają*** (niepotrzebne skreślić) następujące informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji:
-
-
- (wypełnić jeżeli dotyczy i dołączyć uzasadnienie)
- o. Wskazuję, że Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych (<https://ekrs.ms.gov.pl/> lub <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>) **odpis lub informację z Krajowego Rejestru Sądowego / Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*** lub innego właściwego rejestru pod adresem: http://:
- (wskazać adres strony internetowej).

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profe

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl

