……………………………………………………

*pieczęć firmowa*

**OFERTA WYKONAWCY**

**Do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ   
60-346 Poznań ul. Rycerskiej 10.**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na wykonanie kompleksowej usługi sprzątania i utrzymania czystości w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu. dla WSPR   
w Poznaniu

**Ofertę przetargową składa:**

**WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Siedziba wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Województwo: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nr telefonu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nr faksu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres e-mail: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nr REGON: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nr NIP: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* + 1. **Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym):**

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

* + 1. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

* + 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Realizacja przedmiotu zamówienia** | **Wypełnia wykonawca** | | |
| **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| Kompleksowe utrzymanie czystości  i porządku środkami czystościowymi  i dezynfekcyjnymi zapewnionymi przez Wykonawcę wraz z zapewnieniem przez Wykonawcę worków foliowych na odpady, papieru toaletowego, ręczników papierowych do wycierania rąk, artykułów higienicznych i chemicznych oraz innych niezbędnych do należytego wykonania usługi. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Raty ryczałtowe (miesięczne)** | | | | |
| Liczba rat | Wartość netto 1 rata. | Stawka VAT | Wartość brutto 1 rata. | Wartość brutto razem |
| a | b | c | d | (a x d) |
| **48** |  |  |  |  |

**Słownie**: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jakość usługi** | | |
| **Certyfikat\*** | **Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić**. | |
| **TAK** | **NIE** |
| Posiadanie przez Wykonawcę Certyfikatu programu Gwarant Czystości i Higieny o specjalności ogólnej |  |  |
| Posiadanie przez Wykonawcę Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością EN ISO 9001:2015 |  |  |
| Posiadanie przez Wykonawcę Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością EN ISO 14001:2015 |  |  |

**\*W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawcy do przedstawienia dokumentów poświadczających posiadanie ww. Certyfikatów.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czas reakcji na usunięcie niezgodności** | | |
| **Realizacja usługi** | **Parametr (liczony od chwili powiadomienia)** | **Zaznaczyć „X” właściwe** |
| Czas reakcji – czas usunięcia ewentualnych nieprawidłowości/niezgodności | do 1 godziny |  |
| od 1 do 2 godzin |  |
| powyżej 2 godzin  (nie dłużej niż 12 godzin) |  |

**Zobowiązujemy się do usunięcia ewentualnych niezgodności w czasie …………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czas reakcji na wykonanie prac w trybie awaryjnym** | | |
| **Realizacja usługi** | **Parametr (liczony od chwili powiadomienia)** | **Zaznaczyć „X” właściwe** |
| Czas reakcji – czas usunięcia ewentualnych nieprawidłowości/niezgodności | do 1 godziny |  |
| od 1 do 2 godzin |  |
| powyżej 2 godzin  (nie dłużej niż 12 godzin) |  |

**Zobowiązujemy się do wykonania prac w trybie awaryjnym w czasie …………..**

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentami przetargowymi i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, iż niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w specyfikacji, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oświadczamy, że faktury za dostawę będziemy przesyłać zgodnie z żądaniem Zamawiającego wyłącznie w wersji elektronicznej na adres: [efaktury@ratownictwo.med.pl](mailto:efaktury@ratownictwo.med.pl) lub za pośrednictwem PEF.
6. Na podstawie art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych   
   (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.)oświadczam/oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:
7. nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
8. prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania: ..........................................................................………………………………………….

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku: ……….........……………………………………. zł

1. Nie zamierzam(y) powierzać do pod wykonania żadnej części niniejszego zamówienia /następujące części niniejszego zamówienia, zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom:

Część - zakres zamówienia Nazwa( firma) podwykonawcy

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

Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. Oświadczenie – Załącznik nr 2
2. Oświadczenie – Załącznik nr 3
3. Formularz parametrów oferowanych – Załącznik 1.1
4. Oświadczenie RODO – Załącznik nr 7
5. ………………………………………
6. ………………………………………

*\*/ niepotrzebne skreślić*

*……………………………………*dnia *………………* 2020 r. ……………………………………

*miejscowość podpis, pieczątka osoby upoważnionej*