

FORMULARZ OFERTOWY

Przedmiot zamówienia: „Świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostarczania posiłków w systemie cateringowym dla Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Gliwicach”.

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

.....
.....

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

.....

nr telefonu: adres e-mail:

Osoba uprawniona do podpisania umowy z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

.....

Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

(należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

Tak Nie

Do:

Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Gliwicach, ul. Daszyńskiego 29, 44-100 Gliwice.
Nawiązując do ogłoszenia o Postępowaniu nr 1/2021 o udzielenie zamówienia na usługę społeczną z zastosowaniem przepisów w trybie podstawowym na podstawie art. 359 p 2 (poniżej 750.000 Euro) w związku z art. 275 p 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2019.poz 2019 ze zm), zwanej dalej „ustawą Pzp”.

„Świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostarczania posiłków w systemie cateringowym dla Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Gliwicach”.

oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym SWZ za:

Całkowita wartość netto zł	Całkowita wartość VAT zł	Całkowita wartość brutto zł*	Słownie wartość brutto zł	Wysokość wsadu do kotła w %**

* należy wypełnić zgodnie z zasadami opisanymi w pkt. 13. ogłoszenia o zamówieniu

**należy wypełnić zgodnie z zasadami opisanymi w pkt. 13. ogłoszenia o zamówieniu

- Oświadczam/my, że podana cena brutto za realizację przedmiotu zamówienia:
 - Wynika z podsumowania cen jednostkowych wszystkich pozycji wyszczególnionych w „Kosztorysie ofertowym” Wykonawcy, który stanowi załącznik do niniejszego „Formularza ofertowego”.
 - Obejmuje koszt wykonania całego przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ.
- Ponadto oświadczam/my, że wyszczególnione w załączonym „Kosztorysie ofertowym” ceny jednostkowe są cenami stałymi (ryczałtowymi), obowiązującymi przez cały okres realizacji umowy (tj. okresie rozliczeniowym),
- Termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia zawarcia umowy: **24 miesiące z terminem realizacji nie wcześniej niż od 01.07.2021r.**
- Termin płatności: **14 dni**, licząc od dnia doręczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego.
- Zamówienie wykonamy sami: **TAK/NIE** (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

.....
(jeżeli wykonawca wskazał „NIE” – należy powyżej wskazać zakres prac powierzony podwykonawcom)

6. Oświadczam/my, że uważam/my się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych
„HOSPICIUM” w Gliwicach
 PREZES ZARZĄDU
 mgr Małgorzata Szymczyk

7. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wzorem umowy (**załącznik nr 5**) i akceptujemy jego treść. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą podpiszemy umowę na warunkach określonych w SWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego .

8. Oświadczam, że:

8.1. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8.2. Posiadam podstawę prawną do przetwarzania danych osobowych osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8.3. Powierzone przez Zamawiającego dane osobowe pracowników uczestniczących w przygotowaniu i realizacji niniejszego postępowania będą przetwarzane zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego o ochronie danych osobowych w szczególności z przepisami RODO.

8.4. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą podpiszemy umowę na warunkach określonych w ogłoszeniu o zamówieniu w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

Gliwice, dnia

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentowania wykonawcy
lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych
„HOSPICJUM” w Gliwicach

PREZES ZARZĄDU
mgr Małgorzata Szymczyk