Załącznik nr 7 do SIWZ MODYFIKACJA

Pełna nazwa Wykonawcy:

...........................................................................

...........................................................................

Adres siedziby Wykonawcy:

...........................................................................

...........................................................................

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

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

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

............................................................................

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

.......................................................................

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź

 małym lub średnim przedsiębiorstwem ………. TAK/NIE\*

**O F E R T A W Y K O N A W C Y**

1. Oferujemy świadczenie kompleksowej usługi utrzymania czystości na warunkach i zasadach określonych w SIWZ za cenę:

**Zadanie nr 1\***

**netto**:................................................................................ **miesięcznie**

(słownie:............................................................................................................................)

**VAT**:................................................................................

(słownie:............................................................................................................................)

**brutto**: .............................................................................. **miesięcznie**

(słownie:............................................................................................................................).

**netto za okres 36 miesięcy:........................................................................................**

(słownie:............................................................................................................................)

**VAT**:................................................................................

(słownie:............................................................................................................................)

**brutto** **za okres 36 miesięcy**:..............................................................................

(słownie:............................................................................................................................).

**Zadanie nr 2\***

**netto**:................................................................................ **miesięcznie**

(słownie:............................................................................................................................)

**VAT**:................................................................................

(słownie:............................................................................................................................)

**brutto**: .............................................................................. **miesięcznie**

(słownie:............................................................................................................................).

**netto za okres 36 miesięcy:........................................................................................**

(słownie:............................................................................................................................)

**VAT**:................................................................................

(słownie:............................................................................................................................)

**brutto** **za okres 36 miesięcy**:..............................................................................

(słownie:............................................................................................................................).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| L.p. | Strefa czystości w m² | Przedmiot | Cena netto za 1m²: usługa utrzymania czystości / prace gospodarczo – transportowe/ usługi utrzymania porządku wraz z pielęgnacją zieleni\* | Wartość netto za 1 miesiąc(2x4) | VAT % | Wartość brutto za 1 miesiąc(5x6) |
| **Zadanie nr 1\*** |
| 1 | Strefa B1: 151,70 m² | Usługa utrzymania czystości |  |  |  |  |
| 2 | Strefa B2:1.250,12 m² | Usługa utrzymania czystości |  |  |  |  |
| 3 | Strefa B3:1.621,60 m² | Usługa utrzymania czystości |  |  |  |  |
| 4 | Strefa Szara:10.843,60 m² | Usługa utrzymania czystości |  |  |  |  |
| 5 | Wszystkie strefy:ryczałt | Pomoc w obsłudze chorych  | -------------------- |  |  |  |
| 6 | Wszystkie strefy:Łącznie 13.867,02 m² | prace gospodarczo - transportowe |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| **Zadanie nr 2\*** |
| 1 | Teren otwarty : 21.909,00 m² | Usługa utrzymania porządku wraz z pielęgnacją zieleni |  |  |  |  |

**Sposób wypełnienia tabeli:**

 **- Wykonawca wypełnia tylko białe pola.**

 **- Należy skreślić to zadanie, którego oferta nie dotyczy**

**- w pkt 5 „pomoc przy obsłudze chorych” obejmuje czynności na oddziałach szpitalnych – należy podać kwotę za te czynności ryczałtowo. Wartość tej usługi nie przekracza 40% wartości prac utrzymania czystości i prac gospodarczo-transportowych**

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni od dnia dostarczenia faktury.

3. ***Dotyczy zadania nr 1:***

Organizacja nadzorowania wykonania usług – mierzona czasookresem dostępności osoby odpowiedzialnej za nadzór w obiekcie Szpitala:

- czasookres dostępności osoby odpowiedzialnej za nadzór realizacji usług w Szpitalu co najmniej 4 dni w tygodniu (w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku) minimum 7 godzin dziennie ……………TAK/NIE\*

- czasookres dostępności osoby odpowiedzialnej za nadzór realizacji usług w Szpitalu co najmniej 5 dni w tygodniu (w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku) minimum 7 godzin dziennie lub dłużej ……………TAK/NIE\*

**Organizacja nadzorowania wykonania usług stanowi element oceny ofert. W przypadku nie zaznaczenia żadnej z w.w opcji, Zamawiający do oceny przyjmie minimalny dopuszczalny termin tj. 4 dni.**

4. Wykonawca oświadcza, że posiada/nie posiada\* certyfikat jakości ISO 9001/PN w obszarze utrzymania czystości.

**Certyfikat jakości stanowi element oceny ofert, w związku z tym kopię certyfikatu należy dołączyć do oferty. W przypadku nie dołączenia kopi certyfikatu do oferty Zamawiający przyjmie że Wykonawca nie posiada w/w dokumentu.**

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia i w celu przygotowania oferty dokonaliśmy wizji lokalnej obiektu w miejscu lokalizacji usług.

8. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

9. Wykonawca oświadcza, że w przypadku wyboru jego oferty wyznaczy „Kierownika obiektu” - osobę upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym i odpowiedzialną za nadzór nad realizacją usługi. Dane powyższej osoby zostaną podane w momencie podpisywania umowy.

10. Wykonawca powierza Podwykonawcy następującą część realizacji przedmiotu umowy:

a) ...................... (wymienić zakres czynności oraz nazwę i adres podwykonawcy)

11. Wykonawca oświadcza, że pozostałe części zamówienia/całość zamówienia\* wykona siłami własnymi.

12. Wykonawca oświadcza, że z dniem podpisania umowy na świadczenie kompleksowych usług utrzymania czystości w 109 Szpitalu Wojskowym Wykonawca przejmie pełną odpowiedzialność za stan sanitarno – epidemiologiczny obiektów Zamawiającego wynikający z zakresu świadczonych usług, zgodnie z obowiązującymi przepisami, oraz że przejmie pełną odpowiedzialność materialną za bieliznę szpitalną, sprzęt stołowy, gastronomiczny i chłodniczy będącą w użytkowaniu oddziałów i odpowiedzialność materialną za przechowywaną odzież i obuwie pacjentów w depozycie szpitala **– dotyczy zadania nr 1\***.

13. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie/będzie\* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru/ usługi, których dostawa/ świadczenie usługi będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

14. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dowód wniesienia wadium

2. Wypełnione i podpisane załączniki: 5,6, 8,9,10,11 i 15 (o ile dotyczy) do niniejszej SIWZ.

.................................. , dnia ...................... ..............................................................

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania)*

Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych w przedmiotowym postępowaniu jest**109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin.** Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 261 455 573 lub adresem email: iodo@109szpital.pl. Podane dane, w zakresie wynikającym z właściwych przepisów Ustawy Prawo zamówień publicznych oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, przetwarzane będą na podstawie art.6 ust.1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO) w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W pozostałym zakresie na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wynikającej z faktu złożenia przedmiotowej oferty. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, obsługę poczty oraz wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 8, art. 92 i art.96 ust. 3 wymienionej Ustawy. Dane przechowywane będą przez 5 lat, licząc od 1 stycznia roku następnego od realizacji celu. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Podanie danych, w zakresie wynikającym z wymienionych przepisów prawa, jest niezbędne do realizacji celu. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne.