**ZAŁĄCZNIK Nr 1 do SWZ**

Zamówienie Publiczne Nr NP-ZPS-9/2024

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Usługa utrzymania kompleksowej czystości pomieszczeń w obiektach**

**Wód Miejskich Stargard Sp. z o.o.**

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

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

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

TEL……………………………………………….………..………… FAX………………………………………………………………..

e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………...………

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym **na usługę utrzymania kompleksowej czystości pomieszczeń w obiektach Wód Miejskich Stargard Sp. z o.o.,** przedstawiamy ofertę na wykonanie w/w zamówienia publicznego zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe netto** | **Ilość miesięcy** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | Oczyszczalnia Ścieków  ul. Drzymały 65 w Stargardzie |  | 12 |  |  |  |
| 2 | Ujęcie Wody  ul. Warszawska 24 w Stargardzie |  | 12 |  |  |  |
| 3 | Pion Techniczno - Eksploatacyjny, ul. Spokojna 6 w Stargardzie) |  | 12 |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

1. Łączna wartość oferty netto .................. zł słownie: ………………..……………………
2. Podatek VAT: .…………………….....zł słownie: ……………………………………………………………………………………
3. Łączna wartość oferty brutto ................. zł słownie: ………………..……………………………
4. **Deklarujemy możliwość obniżenia wpłat na PFRON przysługującą Zamawiającemu w wysokości minimum ……..............…..procent (z dokładnością do jednego miejsca po przecinku) w stosunku do zaoferowanego wynagrodzenia miesięcznego.**

\* W przypadku nieoferowania odpisu wykonawca wpisuje słowo „nie dotyczy”.

1. Oświadczamy, że jesteśmy pracodawcą prowadzącym Zakład pracy chronionej zgodnie z art. 28 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020, poz. 426)\* - jeśli w pkt 4 formularza oferty Wykonawca zadeklarował możliwość obniżenia wpłat na PFRON.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i uważamy się za związanych niniejszą ofertą na warunkach określonych w SIWZ.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem Umowy (załącznik nr 5 do SWZ), który został przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.
4. Warunki płatności: do 30 dni od dostarczenia faktury zamawiającemu a w przypadku ustrukturyzowanej faktury elektronicznej: do 30 dni od dnia zamieszczenia faktury na platformie w taki sposób, aby była ona dostępna dla Zamawiającego.
5. **Oświadczamy**, iż w dokumentach składających się na ofertę, zawarte są informacje stanowiące TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępnione innym uczestnikom niniejszego postępowania. Jednocześnie informuję, że odrębny plik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa został nazwany „………………………………….” oraz, że uzasadnienie zastrzeżenia wskazanych informacji zostało złożone w następujący sposób …………………………………
6. Oświadczamy, że w przypadku wybrania oferty, umowę podpisywały będą:

1. …………………………………………………..……… …………………………..………………………………….

(imię i nazwisko) (pełniona funkcja)

2. ………………………………………………………… ………………………………..……………………………….

(imię i nazwisko) (pełniona funkcja)

**Osoba upoważniona** do kontaktowania się z Zamawiającym**: ……………………………… tel. ………………**

Miejscowość i data:

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

*………………………………………………….*

*(podpis kwalifikowany, zaufany lub elektroniczny podpis osobisty)*