**Formularz Ofertowy Wykonawcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

*............................................................................*

*............................................................................*

*(numer telefonu/faxu, adres poczty elektronicznej)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***osoba do kontaktu:***

*...........................................................................*

***adres mailowy:***

*……………………………………………………..*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Świadczenie usług w zakresie zorganizowania i prowadzenia zajęć profilaktycznych** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr pakietu** | **OFERTA WYKONAWCY (\*)** |
| **Kwota [cena] netto****zł** | **Kwota podatku VAT****zł** | **Kwota [cena] brutto****zł** | **Termin płatności***[14 dni lub**30 dni lub**45 dni]* |
| **Pakiet I** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet II** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet III** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet IV** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet V** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |

**Ocena oferty wg. kryterium „Doświadczenie” rozpatrzona zostanie na podstawie:**

**- załącznika nr 2.1 do SWZ oraz**

**- załączonych do oferty dowodów oraz**

**- poniższego oświadczenia (\*\*):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TAK** każda osoba wskazana przez Wykonawcę w załączniku nr 2.1 do SWZ „Wykaz osób”, posiada co najmniej sześć miesięcy doświadczenia w czasie ostatnich dwóch lat, w prowadzeniu szkoleń dla dzieci i młodzieży w klasach szkolnych z zakresu: radzenia sobie ze stresem, zaburzeniami psychicznymi i/lub profilaktyki uzależnień i profilaktyki zaburzeń psychicznych. |
|  | **NIE** każda osoba wskazana przez Wykonawcę w załączniku nr 2.1 do SWZ „Wykaz osób”, posiada co najmniej sześć miesięcy doświadczenia w czasie ostatnich dwóch lat, w prowadzeniu szkoleń dla dzieci i młodzieży w klasach szkolnych z zakresu: radzenia sobie ze stresem, zaburzeniami psychicznymi i/lub profilaktyki uzależnień i profilaktyki zaburzeń psychicznych. |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** od dnia 01.09.2022r. do dnia 30.06.2023r.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w sekcji XVI SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo w paragrafie 4 wzoru umowy – załączniku nr 4 do SWZ.

6) Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7) **Oświadcza, iż: (\*\*\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | jest mikro przedsiębiorcą |
|  | jest małym przedsiębiorcą |
|  | jest średnim przedsiębiorcą |
|  | prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą |
|  | jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej |
|  | inny rodzaj, jaki ............ |

***Uwaga!***

*Porównaj zalecenie Komisji z 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U.L.124 z 20.05.2003, s.36) Te 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. 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.*

**Dane do umowy (\*\*\*\*)**

|  |
| --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko |
|  |  |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku |
|  |  |

Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(\*) Uzupełnić:*

*- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.5 do SWZ. Formularze cenowe Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wraz z ofertą i stanowią one obligatoryjne załączniki do Formularza Ofertowego Wykonawcy.*

*- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 14 dni, lub 30 dni, lub 45 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej wykonanie usługi.*

*Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 14 dniowy termin płatności.*

*(\*\*) Zaznaczyć znakiem „X” przy właściwej odpowiedzi.*

*(\*\*\*) Właściwe zaznaczyć.*

*(\*\*\*\*) Uzupełnić.*