ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ

Znak sprawy: **SZP.251.18.23**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy\*:**  ***(lub Wykonawców występujących wspólnie)*** | ................................................................................................................... |
| **Adres Wykonawcy*\*:***  ***(miejscowość, kod, ulica, numer lokalu):*** | .................................................................................................................  ................................................................................................................. |
| **NIP:**  **REGON:**  **KRS/CEIDG/Inne**  **MŚP (Sektor małych i średnich przedsiębiorstw)\*** | ............................................  ............................................  ............................................  TAK/NIE \*\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Korespondencję związaną z toczącym się postępowaniem należy kierować do:** | Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym:  Pan/Pani ............................................................. tel. .............................., faks:.......................  adres e-mail: .............................................................................................  adres pocztowy:  .................................................................................................................. |

**O F E R T A**

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **Usługa prania bielizny, odzieży i pościeli szpitalnej wraz z jej dzierżawą na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Brodnicy** przedkładamy następującą ofertę:

1. Oferujemy dostawy przedmiotu zamówienia **za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Zakres usługi** | **j.m.** | **Szacunkowa liczba asortymentu przeznaczonego do prania w trakcie trwania umowy** | **Oferowana cena jednostkowa netto [zł/j.m.]** | **Oferowana wartość netto [zł/j.m.]**  [kol. 5 x 6] | **VAT %** | **Wartość brutto [zł]** [kol. 7 z VAT] |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *6* | *7* |
| 1 | Poszwa 160/-210 | Pranie wraz dzierżawą | sztuka | 35207 |  |  |  |  |
| 2 | Poszewka 70/80 | Pranie wraz dzierżawą | sztuka | 50116 |  |  |  |  |
| 3 | Prześcieradło 160/260-280 | Pranie wraz dzierżawą | sztuka | 65425 |  |  |  |  |
| 4 | Podkład na materac | Pranie wraz z dzierżawą | sztuka | 100 |  |  |  |  |
| 5 | Pozostały asortyment (przeznaczony do prania) będący własnością Zamawiającego | kompleksowa usługa prania | kg | 56795 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |

**Całkowita wartość brutto zamówienia: ………………………………………………….………. zł.**

1. **Zapoznaliśmy się ze treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia, wszystkimi jej zmianami, odpowiedziami do jej treści opublikowanymi na stronie internetowej, których postanowienia w pełni akceptujemy i zobowiązujemy się zawrzeć umowę uwzględniającą określone tam postanowienia.**
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia czyli przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie wskazanym w SWZ;
4. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty, składające się na ofertę, nie mogą być udostępnione innym uczestnikom postępowania:

……………………………………………………………………………………………........................

……………………………………………………………………………………………........................

*W celu utrzymania w mocy zastrzeżenia niejawności w/w dokumentów, załączam do oferty uzasadnienie zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa (jeśli dotyczy).*

1. Zaoferowane przez Nas towary są dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wybór mojej oferty **będzie prowadzić / nie będzie prowadzić**\*\* do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

W przypadku, jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy podać następujące dane:

1. nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

………………………………………………………………………...…………………………………………........................................................................................................................................

1. wartość towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (bez kwoty podatku):

.……………………………………………………………………………….……..

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

**[……] NIE**

**[……] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem**

**[……] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem**

**[……] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem**

/należy zaznaczyć właściwą odpowiedź/

**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.\*

1. Oświadczam, że zamówienie zamierzamy zrealizować: sami / z udziałem Podwykonawców\*\*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa (Firma)**  **Podwykonawcy \*\*** | **Siedziba/Adres Podwykonawcy\*\*** | **Zakres prac**  **Podwykonawcy\*\*** |
|  |  |  |

1. Zamawiający informuje, że:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO):

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, adres: ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica,
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [**iod@zozbrodnica.pl**](mailto:iod@zozbrodnica.pl);
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). Odbiorcami danych będą także osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 74 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1710)
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres wskazany w ustawie Pzp albo w przypadku zamówień realizowanych w ramach projektów (np. współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej) przez okres wskazany w wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu. Konsekwencje niepodania danych określa ustawa Pzp;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Załącznikami do niniejszej oferty są wymagane dokumenty opisane w pkt. XV SWZ.

…................................. ….............................................................

Miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

\*Kryteria, na podstawie których dane przedsiębiorstwo zakwalifikować możemy jako mikroprzedsiębiorstwo, małe lub średnie przedsiębiorstwo (MŚP), określa Załącznik I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu. Są one analogiczne do kryteriów przyjętych w zaleceniu Komisji 2003/361/WE z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw.

\*\* tabelę należy uzupełnić w każdej kolumnie, zgodnie z ich nazwami jeśli zamówienie będzie realizowane przy udziale podwykonawców. Nie wypełnienie tabeli, w żadnej kolumnie jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, iż zrealizuje zamówienie samodzielnie, bez udziału jakichkolwiek podwykonawcy.