

##  NZ/11/Rb/N/AC/2019

## FORMULARZ OFERTOWY – OFERTA PODSTAWOWA

**Szpital Powiatowy w Limanowej
Imienia Miłosierdzia Bożego**

**ul. Piłsudskiego 61
34-600 Limanowa**

**UWAGA:** Wypełnia w całości (we wszystkich pozycjach wykropkowanych) i podpisuje Wykonawca. Obowiązkowe jest podpisanie każdej strony formularza. Jeśli w danej pozycji informacja jest „negatywna” należy wypełnić tę pozycję poprzez zapis: nie ma, nie posiada, nie dotyczy lub kreska /-/

**NAZWA WYKONAWCY:**

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

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

**ADRES (siedziba) WYKONAWCY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**powiat:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**województwo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KRS/EDG/CEIDG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **fax:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona internetowa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**

**[ ] Tak [ ] Nie**

*Uwaga:*

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, 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.***

**Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami? (Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki joint venture lub podobnego podmiotu)**

**[ ] Tak [ ] Nie**

**Jeżeli tak:**

1) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Uwaga:*** *w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców oświadczenia składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.*

**Osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy, o ile istnieją:**

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stanowisko/Działający(-a) jako**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres pocztowy**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel:faks** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Przedkładamy ofertę na przetarg nieograniczony** **na: „Utworzenie Centrum leczenia chorób osób w podeszłym wieku – Oddziału Geriatrycznego w Szpitalu Powiatowym w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego” w ramach REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO NA LATA 2014-2020 działanie 12.1 Infrastruktura Ochrony zdrowia, Poddziałanie 12.1.3 Infrastruktura ochrony zdrowia o znaczeniu subregionalnym – SPR.**

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z załącznikami w tym
z projektem umowy, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy uwzględniającej warunki zamawiającego oraz przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia.

Jednocześnie oświadczamy, że uznajemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SIWZ.

**Warunki oferowane przez naszą firmę – istotne dla realizacji w/w zamówienia, są następujące:**

##### CENA RYCZAŁTOWA

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .................................................................................................................................................  )

**w tym:**

1. **Branża budowlana**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .................................................................................................................................................  )

1. **Branża sanitarna – instalacje sanitarne**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .................................................................................................................................................  )

1. **Branża sanitarna – gazy medyczne**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .................................................................................................................................................  )

1. **Branża elektryczna**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .................................................................................................................................................  )

1. **Branża niskoprądowa**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .................................................................................................................................................  )

1. **Okres gwarancji**: (min 24 miesiące, max 60 miesięcy\*)............................................
2. **Okres wyłączenia z użytku bloku operacyjnego z użytku** (max 120 dni)………………………..

**\*W przypadku nie podania przez Wykonawcę okresu gwarancji Zamawiający przyjmuje maksymalny okres gwarancji tj. 60 miesięcy od odbioru końcowego.**

**\*W przypadku nie podania przez Wykonawcę okresu wyłączenia z użytku bloku operacyjnego z użytku Zamawiający przyjmuje maksymalny okres wyłączenia z użytku bloku operacyjnego z użytku tj. 120 dni.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania danych osobowych przez Szpital w ramach niniejszego zamówienia. Oświadczam, że zostały przeze mnie wypełnione obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**

##### WADIUM:

##### Forma w jakiej zostało wniesione wadium: ................................................................................................................

##### Nr rachunku bankowego na jaki Zamawiający winien dokonać zwrotu wadium w przypadku wybrania formy pieniężnej:

##### ...............................................................................................................................................................................

##### KWOTA WNIESIONEGO WADIUM:

##### ..................................(słownie ..............................................................................................................................)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane do umowy:** |  |  |
|  |  |  |
| Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy |
| Imię i nazwisko | Stanowisko |  Faks; e-mail Nr telefonu / e-mail |
|  |   |  |
|  |   |  |

##### Podwykonawstwo (jeżeli dotyczy)

##### zakres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### dane podwykonawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. .......................................................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................................................
4. ........................................................................................................................................................................

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**