**Zamawiający:**

Zakład Unieszkodliwiania Odpadów Sp. z o.o.

ul. Logistyczna 22

70-608 Szczecin

## FORMULARZ OFERTOWY

1. **DANE WYKONAWCY:**

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:….…………………

Nazwa Wykonawca/Wykonawców:……………..……………..……………………………………..

Adres:…………………………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy ............…………………………………………………………………………...

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:.…………………………………………….

Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: …………………………………………………………………………………………………………………………..

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie abonamentu** **[dalej: „Postępowanie”]** oferuję(my) wykonanie zamówienia, zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w SWZ oraz Załącznikach do SWZ:

1. **OFERUJEMY** wykonanie **przedmiotu zamówienia** na następujących warunkach:

**1.1. Oferujemy następujące ceny brutto za poszczególne pakiety:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj pakietu** | **Cena brutto (w PLN)** |
| **Pakiet indywidualny**  (miesięczna cena za 1 pracownika) | ………………… zł |
| **Pakiet partnerski**  (miesięczna cena za pracownika i jednego członka jego rodziny) | ………………… zł |
| **Pakiet rodzinny**  (miesięczna cena za pracownika i jego członków rodziny: współmałżonek/ partner i dzieci) | ………………… zł |

**1.2. Oferujemy następujące postanowienia fakultatywne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Postanowienie fakultatywne** | **Warunki realizacji rozszerzenia** | |
|  | Dodatkowe, bezpłatne i nielimitowane konsultacje u specjalistów nie wykazanych w minimalnych wymaganych świadczeniach, pod warunkiem wskazania co najmniej pięciu dodatkowych specjalistów. | Specjalista:  ……………………  ………………….. | NIE |
|  | Dodatkowe, bezpłatne i nielimitowane badania lub zabiegi niewykazane w minimalnych świadczeniach - pod warunkiem wskazania co najmniej dziesięciu dodatkowych badań lub zabiegów | Rodzaj badania lub zabiegu:  ……………………  ………………….. | NIE |
|  | Skrócenie okresu, po którym możliwa jest rezygnacja z programu przez pracownika | TAK, w dowolnym momencie  TAK, po 6 miesiącach od przystąpienia | NIE |
|  | Skrócenie okresu, po którym możliwa jest zmiana pakietu rodzinnego na partnerski bądź indywidualny lub zmiana pakietu partnerskiego na indywidualny | TAK, w dowolnym momencie  TAK, po 6 miesiącach od przystąpienia | NIE |
|  | Skrócenie okresu, po którym możliwe jest ponowne przystąpienie do programu przez pracownika lub ponowne zgłoszenie członków rodziny do programu | TAK, w dowolnym momencie  TAK, po 6 miesiącach od przystąpienia | NIE |

**1.3. Posiadamy własną placówkę w Szczecinie:**

TAK  NIE

1. **OŚWIADCZENIA:**
2. Oświadczam(my), że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie określonym w SWZ.
3. Oświadczam(my), że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny Opisem przedmiotu zamówienia oraz SWZ wraz z Załącznikami.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ, a w szczególności z Opisem przedmiotu zamówienia i z postanowieniami zawartymi we Wzorze Umowy oraz, że wykonamy zamówienie na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego.
6. Oświadczam(my), że sposób reprezentacji Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia dla potrzeb zamówienia jest następujący:

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

(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)

1. Oświadczam(my), że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Oświadczam(my), że w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania Umowy na warunkach zawartych we Wzorze Umowy dołączonym do SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam(my), że powierzymy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Firma (nazwa) podwykonawcy**  **jeżeli jest znany** | **Część (zakres) zamówienia** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

*(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)*

1. Oświadczam(my), że jesteśmy[[1]](#footnote-1):

mikroprzedsiębiorstwem,

małym przedsiębiorstwem,

średnim przedsiębiorstwem,

dużym przedsiębiorstwem.

1. Oświadczam(my), że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie podatku VAT[[2]](#footnote-2).
2. Oświadczam(my), że oferta nie zawiera/zawiera[[3]](#footnote-3) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uwaga! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone stanowią tajemnice przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.**

1. Oświadczam(my), że wypełniłem/-liśmy 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 (o ile dotyczy).
2. Oświadczam(my), że dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia na podstawie na podstawie ustawy Prawo Zamówień Publicznych, Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, pod adresem internetowym:

* [**https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu**](https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu) **(dotyczy podmiotów wpisanych do Krajowego Rejestru Sądowego [KRS]);**
* [**https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/Search.aspx**](https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/Search.aspx) **(dotyczy podmiotów wpisanych do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej [CEIDG]);**
* **……………………………… (wpisać odpowiedni adres internetowy w przypadku innych baz danych niż wyżej wskazane).**

***[proszę wybrać i zaznaczyć opcję właściwą dla danego rodzaju Wykonawcy]***

1. Na ofertę składają się następujące dokumenty/oświadczenia:
2. ...................................
3. ...................................

..............................., dn. ..................... ..............................................................................

**Dokument musi zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

1. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. Wzór formularza ofertowego został opracowany przy założeniu, iż wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie podatku VAT.

   W przypadku, gdy Wykonawca zobowiązany jest złożyć oświadczenie o powstaniu u Zamawiającego obowiązku podatkowego, to winien odpowiednio zmodyfikować treść formularza. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-3)