**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

do Zamawiającego:

**CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W SKARŻYSKU – KAMIENNEJ**

ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko-Kamienna

Nawiązując do ogłoszenia oraz treści SWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym, o którym mowa w art. 275 pkt 1 ustawy Pzp na *„****Usługi zdrowotne w zakresie leczenia w ramach długoterminowej opieki kobiet po mastektomii w ramach projektu pn. : „Centrum usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej ””***

**my, niżej podpisani:**

**……………………………………..………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….……**

**działając w imieniu i na rzecz:**

**……………………………………..………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….…………**

*nazwa (firma), dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców, w przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać należy nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę NIP, REGON*

1. **Składamy** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie ze SWZ.
2. **Oświadczamy**, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem do reprezentowania nas w postępowaniu lub reprezentowania nas w postępowaniu i zawarcia umowy, pełnomocnikiem ustanowiono:

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

*wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy   
w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnika*

1. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
2. **W imieniu Wykonawcy za realizację przedmiotu zamówienia oferujemy:**

**za cenę łączną w kwocie:**

netto: ……………………………. zł *(słownie: …………………..…………………………. )*

podatek VAT ……. % w kwocie ………… złotych *(słownie: ……………………………. )*

**kwotę brutto** ……………. **zł *(słownie: …………………………………………..……. )***

Oferuję realizację zamówienia za cenę wg poniższej kalkulacji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania** | **Liczba zabiegów** | **Cena za jeden zabieg netto** | **Stawka VAT w %** | **Cena za jeden zabieg brutto** | **Cena za zadanie netto**  **(kol. 3 x kol. 4)** | **Stawka VAT w %** | **Cena za zadanie brutto**  **(kol. 3 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  | **Długoterminowa opieka** **dla kobiet po przebytym zabiegu mastektomii.** | **1800 zabiegów** |  |  |  |  |  |  |
|  | **Długoterminowa opieka dla kobiet po przebytym zabiegu mastektomii.** | **1800 zabiegów drenażu limfatycznego** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | **Suma wartości kolumny 9** |

1. **Oświadczamy**, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam, że jako Wykonawca deklaruję:

**❑Tak ❑Nie** zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w wymiarze minimum 10 godzin miesięcznie w okresie obowiązywania umowy pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą bezpośrednio do realizacji zamówienia 1 osoby spośród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w rozumieniu art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej   
(t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 806),

1. **Akceptujemy** warunki płatności określone przez Zamawiającego w Projektowanych postanowieniach umowy stanowiący Załącznik **Nr 3** do SWZ.
2. **Uważamy się** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
3. **Oświadczam**, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu (*zaznaczyć właściwe)*:
4. **🞏 nie będę** polegał na potencjale podmiotów udostępniających zasoby
5. **🞏 będ**ę polegał na potencjale podmiotów udostępniających zasoby \*:

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

*Nazwa podmiotu i adres oraz zakres udostępnienia*

1. **Oświadczamy**, że przy wykonywaniu przedmiotu zamówienia:

**🞏** nie będziemy korzystać z podwykonawców,

**🞏** będziemy korzystać z następujących podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Firma podwykonawcy**  **(nazwa i adres) – o ile jest znana** | **Opis/zakres części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

1. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi postanowieniami umowy   
   i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej   
   z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. **Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub   
   art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119   
   z 04.05.2016 r., str. 1 z późn. zm.) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. Oświadczamy, że posiadamy status podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 r., poz. 637 z późn. zm.) i jesteśmy wpisani do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. **Oświadczam/my**, że Wykonawca[[1]](#footnote-1) (*zaznaczyć właściwe):*
5. **🞏 jest** Podmiotem Ekonomii Społecznej (PES)
6. **🞏 jest** Organizacją Pozarządową (NGO),
7. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko: ……………...……….…………………………………………………..

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

Telefon: …………………….………..............…….………….…………………………..

Adres e-mail: ………………...……………………………………………………………

1. Niniejsza oferta zawiera, w załącznikach …………….., informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, które nie mogą być udostępniane. Załączamy uzasadnienie tajemnicy przedsiębiorstwa.
2. Informujemy, że podmiotowe środki dowodowe wymagane przez Zamawiającego,   
   są dostępne za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, pod poniższymi adresami internetowymi:
3. ………………………………….……………………………………………….…..
4. ……………………………….…………………………………………….………..
5. Do oferty załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:
6. ………………………………….………………………………………….………..
7. ……………………………….…………………………………………….………..
8. ……………………………….…………………………………………….………..
9. ……………………………….………………………………………….…………..

…………………..…………………, dnia …………..……………..

***Należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

1. 1. Mikroprzedsiębiorca (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)

   2. Mały przedsiębiorca (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR).

   3. Średni przedsiębiorca (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). [↑](#footnote-ref-1)