|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Miejscowość:* |  | | | | | | *Data:* | | |  | | | |
| *Zamawiający:* | | | | | | | **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi**  **ul. Szpitalna 9**  **59-500 Złotoryja** | | | | | | |
| **FORMULARZ OFERTOWY** | | | | | | | | | | | | | |
| **I – DANE WYKONAWCY** | | | | | | | | | | | | | |
| ***Nazwa Wykonawcy***  *(Pełnomocnika w przypadku Konsorcjum):* | | | | |  | | | | | | | | |
| *Siedziba Wykonawcy*  *(ulica; numer; kod pocztowy; miejscowość):* | | | | |  | | | | | | | | |
| *Adres do korespondencji*  *(ulica; numer; kod pocztowy; miejscowość):* | | | | |  | | | | | | | | |
| *NIP:* | |  | | *REGON:* | | | | |  | | | *NR KRS:* |  |
| *Numer konta bankowego:* | | | | | |  | | | | | | | |
| *Urząd Skarbowy do rozliczeń* | | | | | |  | | | | | | | |
| ***OSOBA DO KONTAKTÓW***  *(imię, nazwisko):* | | | | | |  | | | | | | | |
| *Telefon:* | | |  | | | | | ***MAIL:*** | | |  | | |
| ***adres skrzynki ePUAP:*** | | | | | |  | | | | | | | |
| *Status przedsiębiorcy1:*  *1. Średnie przedsiębiorstwo:*  *a) zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz*  *b) jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro;*  *2. Małe przedsiębiorstwo:*  *a) zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz*  *b) jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro;*  *ŹRÓDŁO: ZALECENIE KOMISJI z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich notyfikowane jako dokument nr C(2003) 1422) Dz. U. U. E. L 124 z 20 maja 2003 r.* | | | | | | *Małe przedsiębiorstwo       (TAK/NIE)* | | | | | | | |
| *Średnie przedsiębiorstwo       (TAK/NIE)* | | | | | | | |
| *(jeżeli dotyczy)* ***KONSORCJUM*** *z*  *(Nazwa Partnera;*  *Siedziba – ulica, numer, kod, miejscowość):* | | | | | |  | | | | | | | |
| **II – PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | | | | | | | | | | | | | |
| **Oferta dotyczy zamówienia publicznego nr postępowania WSP/ZP/U/01/2021 w trybie przetargu nieograniczonego pn.:**  **Świadczenie usług gastronomicznych dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi i Ośrodka Psychiatrycznej i Odwykowej Opieki Zdrowotnej w Legnicy wraz z dzierżawą pomieszczeń kuchennych** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE CAŁOŚCI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA,**  **ZGODNIE Z ZAPISAMI SIWZ, ZAŁĄCZNIKAMI i ewentualnymi informacjami dla Wykonawców:** | | | |
| *Kryterium A* | **za CENĘ ofertową ogółem brutto:** | *Kwota z Tabeli 4* | **,      zł** |
| *Kryterium B* | **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 95% i** **więcej wynosi:** | *Kwota z Tabeli 5* | **,      zł** |
| *Kryterium C* | **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 85% - 94% wynosi:** | *Kwota z Tabeli 6* | **,      zł** |
| *Kryterium D* | **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 75% - 84% wynosi:** | *Kwota z Tabeli 7* | **,      zł** |
| *Kryterium E* | **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 74% i mniej wynosi:** | *Kwota z Tabeli 8* | **,      zł** |
| *Kryterium F* | **Certyfikat „ISO”** | **\*** *(nie posiada / posiada)* | |

*\* Wykonawca wpisuje zakres podstawowy lub punktowany zgodnie z SWZ*

*Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, (jeżeli dotyczy) informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.*

1. **POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW ZAMAWIAJĄCEGO**
   1. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami zawartymi w SIWZ **WSP/ZP/U/01/2021**, ze wszystkimi załącznikami do SWZ w tym ze wzorem umowy i ewentualnymi informacjami dla Wykonawców, akceptuje je bez zastrzeżeń oraz uzyskał informacje konieczne do przygotowania Oferty.
   2. Wykonawca oświadcza, że zamówienie zostanie zrealizowane w terminach wskazanych w SWZ.
   3. Wykonawca oświadcza, że jest związany ofertą przez okres wskazany w SWZ.
   4. Wykonawca oświadcza, że w przypadku przyznania zamówienia zawrze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 2 do SWZ. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że podpisze umowę umowy na dzierżawę pomieszczeń kuchennych zgodnie z ze wzorem Załącznika nr 6 do SWZ.
   5. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w SWZ oraz, że wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
   6. Zgodnie z art. 274 ust. 4 uPzp wskazuję dostępność poniższych oświadczeń lub dokumentów, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa oświadczenia lub dokumentu** | **Adres strony internetowej ogólnodostępnej i bezpłatnej bazy danych** |
| **1.** | Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarcze, tj.: |  |
|  |  |  |

* 1. **Zgodnie z zapisem w SWZ w ramach art. 131 ust. 2 uPzp potwierdzam, że jako Wykonawca odbyłem wizję lokalną w siedzibie Zamawiającego i złożyłem oświadczenie u osoby kontaktowej po stronie Zamawiającego w dniu       .**
  2. **Zgodnie z zapisem w SWZ potwierdzam, że pracownicy zatrudnieni przez wykonawcę i podwykonawcę** *(jeżeli dotyczy)* **świadczący Usługę, w szczególności pracownicy wykonujący czynności przygotowania i dystrybucji posiłków, w okresie realizacji Umowy są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2020r. poz. 1320 z późn. zm.).**

1. **PODWYKONAWCY** *(wypełnić, jeżeli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **NASTĘPUJĄCE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA PODZLECIMY PODWYKONAWCOM** | |
| **L.P.** | **OKREŚLENIE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA I NAZWA FIRM PODWYKONAWCY** |
|  |  |

*Niewypełnienie oznacza wykonanie całości zamówienia bez udziału podwykonawców*.

1. **Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia - składane na podstawie art. 117 ust. 4 uPzp** *(wypełnić, jeżeli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Wykonawca (nazwa i adres Wykonawcy)* | *zrealizuje następujące usługi:* |
|  |  |
| *Wykonawca (nazwa i adres Wykonawcy)* | *zrealizuje następujące usługi:* |
|  |  |
| *Wykonawca (nazwa i adres Wykonawcy)* | *zrealizuje następujące usługi:* |
|  |  |

1. **POTWIERDZAMY WPŁATĘ WADIUM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WPŁATA WADIUM przez Wykonawcę** | | | |
| ***WYSOKOŚĆ WADIUM*** | ***DATA WNIESIENIA*** | | ***FORMA WADIUM*** |
|  |  | |  |
| **ZWROT WADIUM,** *którego dokonuje Zamawiający* | | | |
| ***NAZWA BANKU, NUMER KONTA,***  ***waluta prowadzonego rachunku*** *(wypełnić jeżeli dotyczy)* | |  | |

1. **TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA**

|  |  |
| --- | --- |
| KORZYSTAJĄC z uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29.01.2004r. zastrzegamy, że informacje: | *(wymienić czego dotyczy)* |
| zawarte są w następujących dokumentach: | *(nazwa dokumentu)* |
| stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy z 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji *(t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1930)* i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania. | |
| UZASADNIENIE: Jednocześnie wykazujemy, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa ponieważ: |  |
| *Wykonawca informację,* *iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, wykazuje powyżej lub w osobnym załączniku (PLIKU) w Ofercie.* | |

**Oświadczam, że wypełniłem 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.**

**Oferta** **powinna** **być sporządzona** **w języku polskim, z zachowaniem postaci elektronicznej i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym**.

Wykonawca wypełnia odpowiednio       *(„edycyjne szare pola”)*

| **TABELA 1** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **JEDNOSTKA** | **ILOŚĆ OSOBODNI**  *(ilość łóżek x ilość dni x okres umowy)* | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO OSOBODNI** | **WARTOŚĆ VAT**       **%** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI** | |
| **1** | **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi**  **(przy ul. Szpitalnej 9)** | 153 957  *(162 060 – 100%)* | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 1 Tabela 1* | ,      zł |
| 137 751 | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi** | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi** | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi:** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 2 Tabela 1* | ,      zł |
| 121 545 | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 3 Tabela 1* | ,      zł |
| 119 924 | **przy obłożeniu 74% i mniej wynosi** | **przy obłożeniu 74% i mniej wynosi** | **przy obłożeniu 74 i mniej wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 4 Tabela 1* | ,      zł |
| **Wartość ofertowa dla Jednostki nr 1:**  CENA JEDNOSTKOWA brutto OSOBODNI przy obłożeniu 95% i więcej x 153 957 wynosi:  *(Poz. 1 Tabela 1 x 153 957)* | | | | |
| *Poz. 5*  *Tabela 1* | ,      zł | | | |

| **TABELA 2** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **JEDNOSTKA** | **ILOŚĆ OSOBODNI**  *(ilość łóżek x ilość dni x okres umowy)* | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO OSOBODNI** | **WARTOŚĆ VAT**       **%** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI** | |
| **2** | **Oddział Leczenia Uzależnień w Legnicy**  **(przy ul. Chojnowskiej 81)** | 30 167  *(31 755 – 100%)* | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 1*  *Tabela 2* | ,      zł |
| 26 992 | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi** | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi** | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi:** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 2*  *Tabela 2* | ,      zł |
| 23 816 | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 3*  *Tabela 2* | ,      zł |
| 23 499 | **przy obłożeniu 74% i mniej wynosi** | **przy obłożeniu 74% i mniej wynosi** | **przy obłożeniu 74 i mniej wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 4*  *Tabela 2* | ,      zł |
| **Wartość ofertowa dla Jednostki nr 2:**  CENA JEDNOSTKOWA brutto OSOBODNI przy obłożeniu 95% i więcej x 30 167 wynosi  *(Poz. 1 Tabela 2 x 30 167)* | | | | |
| *Poz. 5*  *Tabela 2* | ,      zł | | | |

| **TABELA 3** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **JEDNOSTKA** | **ILOŚĆ OSOBODNI**  *(ilość łóżek x ilość dni x okres umowy)* | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO OSOBODNI** | **WARTOŚĆ VAT**       **%** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI** | |
| **3** | **Oddział Dzienny Psychiatryczny w Legnicy** | 16 037  *(16 881 – 100%)* | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | **przy obłożeniu 95% i więcej wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 1*  *Tabela 3* | ,      zł |
| 14 349 | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi** | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi** | **przy obłożeniu 85% - 94% wynosi:** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 2*  *Tabela 3* | ,      zł |
| 12 661 | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | **przy obłożeniu 75% - 84% wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz.3*  *Tabela 3* | ,      zł |
| 12 492 | **przy obłożeniu 74% i mniej wynosi** | **przy obłożeniu 74% i mniej wynosi** | **przy obłożeniu 74 i mniej wynosi** | |
| ,      zł | ,      zł | *Poz. 4*  *Tabela 3* | ,      zł |
| **Wartość ofertowa dla Jednostki nr 3:**  CENA JEDNOSTKOWA brutto OSOBODNI przy obłożeniu 95% i więcej x 16 037 wynosi  *(Poz. 1 Tabela 3 x 16 037)* | | | | |
| *Poz. 5*  *Tabela 3* | ,      zł | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 4** | | | |
| **Wartość ofertowa dla Jednostki nr 1:**  CENA JEDNOSTKOWA brutto OSOBODNI przy obłożeniu 95% i więcej x 153 957 wynosi: | **Wartość ofertowa dla Jednostki nr 2:**  CENA JEDNOSTKOWA brutto OSOBODNI przy obłożeniu 95% i więcej x 30 167 wynosi | **Wartość ofertowa dla Jednostki nr 3:**  CENA JEDNOSTKOWA brutto OSOBODNI przy obłożeniu 95% i więcej x 16 037 wynosi | **Kryterium A**  **CENA OFERTOWA OGÓŁEM BRUTTO**  **(SUMA WARTOŚCI OFERTOWEJ DLA JEDNOSTEK 1-3)**  *(kolumna 1 + kolumna 2 + kolumna 3)* |
| *(Kwota z Poz. 5 Tabela 1)* | *(Kwota z Poz. 5 Tabela 2)* | *(Kwota z Poz. 5 Tabela 3)* |
| *kolumna 1* | *kolumna 2* | *kolumna 3* | *kolumna 4* |
| ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA 5** | | | | |
| **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi**  **(przy ul. Szpitalnej 9)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Leczenia Uzależnień w Legnicy**  **(przy ul. Chojnowskiej 81)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Dzienny Psychiatryczny w Legnicy** | **SUMA CEN JEDNOSTKOWYCH BRUTTO OSOBODNI**  *(kolumna 1 + kolumna 2 + kolumna 3)* | **Kryterium B**  **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 95% i więcej wynosi:**  *(kolumna 4 :3)* |
| *Kwota z Poz. 1 Tabela 1* | *Kwota z Poz. 1 Tabela 2* | *Kwota z Poz. 1 Tabela 3* |
| *kolumna 1* | *kolumna 2* | *kolumna 3* | *kolumna 4* | *kolumna 5* |
| ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA 6** | | | | |
| **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi**  **(przy ul. Szpitalnej 9)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Leczenia Uzależnień w Legnicy**  **(przy ul. Chojnowskiej 81)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Dzienny Psychiatryczny w Legnicy** | **SUMA CEN JEDNOSTKOWYCH BRUTTO OSOBODNI**  *(kolumna 1 + kolumna 2 + kolumna 3)* | **Kryterium C**  **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 85% - 94% wynosi:**  *(kolumna 4 :3)* |
| *Kwota z Poz. 2 Tabela 1* | *Kwota z Poz. 2 Tabela 2* | *Kwota z Poz. 2 Tabela 3* |
| *kolumna 1* | *kolumna 2* | *kolumna 3* | *kolumna 4* | *kolumna 5* |
| ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA 7** | | | | |
| **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi**  **(przy ul. Szpitalnej 9)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Leczenia Uzależnień w Legnicy**  **(przy ul. Chojnowskiej 81)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Dzienny Psychiatryczny w Legnicy** | **SUMA CEN JEDNOSTKOWYCH BRUTTO OSOBODNI**  *(kolumna 1 + kolumna 2 + kolumna 3)* | **Kryterium D**  **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 75% - 84% wynosi:**  *(kolumna 4 :3)* |
| *Kwota z Poz. 3 Tabela 1* | *Kwota z Poz. 3 Tabela 2* | *Kwota z Poz. 3 Tabela 3* |
| *kolumna 1* | *kolumna 2* | *kolumna 3* | *kolumna 4* | *kolumna 5* |
| ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA 8** | | | | |
| **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi**  **(przy ul. Szpitalnej 9)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Leczenia Uzależnień w Legnicy**  **(przy ul. Chojnowskiej 81)** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO OSOBODNI**  **Oddział Dzienny Psychiatryczny w Legnicy** | **SUMA CEN JEDNOSTKOWYCH BRUTTO OSOBODNI**  *(kolumna 1 + kolumna 2 + kolumna 3)* | **Kryterium E**  **Cena jednostkowa brutto osobodni przy obłożeniu 74% i mniej wynosi:**  *(kolumna 4 :3)* |
| *Kwota z Poz. 4 Tabela 1* | *Kwota z Poz. 4 Tabela 2* | *Kwota z Poz. 4 Tabela 3* |
| *kolumna 1* | *kolumna 2* | *kolumna 3* | *kolumna 4* | *kolumna 5* |
| ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł | ,      zł |

**Oferta** **powinna** **być sporządzona** **w języku polskim, z zachowaniem postaci elektronicznej i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym**.

Wykonawca wypełnia odpowiednio       *(„edycyjne szare pola”)*