Pieczęć Wykonawcy

.........................., dnia.......................

**Zamawiający**

**Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie**

**14-200 Iława, ul. Gen. Władysława Andersa 3**

**O F E R T A**

**FORMULARZ OFERTY**

Ja/my niżej podpisani:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

działając w imieniu i na rzecz:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

*(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie* *zamówienia)* .

Adres\*: .....................................................................................................................................................

Kraj\* ……………………………………

REGON\*: …………………................

NIP\*: ………………………………….

TEL.\* .........…………................………

FAX\*....................................................... i adres e-mail\*:……………………………………

*na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję*

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usługi całodziennego kompleksowego żywienia pacjentów Powiatowego Szpitala im. Władysława Biegańskiego w Iławie w okresie 24 miesięcy (nr sprawy 1/2019)**

**SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Ogłoszeniu o zamówieniu, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy, na następujących warunkach:

**Formularz cenowy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. | Asortyment | Szacunkowa ilość (szt.) | Cena netto  (PLN) | Wartość netto (PLN) | Stawka podatku  VAT | Kwota podatku  VAT  (PLN) | Wartość brutto (PLN) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5=3x4** | **6** | **7=5x6** | **8=5+7** |
| 1 | Średnia cena śniadania na pacjenta dziennie | **153 510 (**210x731) |  |  |  |  |  |
| 2 | Średnia cena obiadu na pacjenta dziennie | **160 820 (**220x731) |  |  |  |  |  |
| 3 | Średnia cena kolacji na pacjenta dziennie | **153 510 (**210x731) |  |  |  |  |  |
| 4 | Średnia cena II śniadanie (dieta cukrzycowa i dla dzieci) na pacjenta dziennie | **29 240**  **(**40x731) |  |  |  |  |  |
| 5 | Średnia cena podwieczorku (dieta cukrzycowa i dla dzieci) na pacjenta dziennie | **29 240**  (40x731) |  |  |  |  |  |
| 6 | Średnia cena podwieczorku (drożdżówka OTUA) –na pacjenta dziennie | **21 930** (30x731) |  |  |  |  |  |
| 7 | Średnia cena dodatku nocnego na dietę cukrzycową na pacjenta dziennie | **21 930** (30x731) |  |  |  |  |  |
| Cena oferty netto/Kwota podatku VAT/Cena oferty brutto | | | |  | x |  |  |

**Oferujemy wykonanie usługi za cenę:**

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

**Oferujemy dodatkowo:**

|  |  |
| --- | --- |
| Kryterium jakość | **TAK lub NIE\*** |
| 2 razy w dekadzie dodatek w formie owocu do śniadania lub kolacji |  |
| 2 razy w dekadzie urozmaicenie kolacji w formie sałatek jarzynowych, makaronowych, ryżowych |  |

\*W przypadku gdy Wykonawca nie dokona wpisu w kol 2. Zamawiający uzna iż Wykonawca nie zaoferował danego parametru.

1. **Przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie: sukcesywnie przez 24 miesiące od dnia 01.02.2019 r.**
2. Termin płatności faktury wynosi 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
3. Wykonawca jest mikro, małym, średnim przedsiębiorcą - **TAK/NIE**\*\*

Podpisano

..........................................................

*(pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upoważnionego przedstawiciela)*

My, niżej podpisani, niniejszym oświadczamy, co następuje:

1. Oświadczamy, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w Ogłoszeniu o zamówieniu.
2. Oświadczamy, iż złożona przez nas oferta spełnia wszystkie wymogi zawarte w załączniku nr 1 („Opis przedmiotu zamówienia”) do Ogłoszenia o zamówieniu.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, iż przewidujemy powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia w części ……………. .

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę oraz nazwy i dane adresowe podwykonawcy/ów |
| 1. |  |
| (..) |  |

Oświadczamy, iż nie przewidujemy powierzenia podwykonawcom realizacji zamówienia. \*\*

1. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Projektem umowy, określonym w  Ogłoszeniu o zamówieniu i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
3. Ofertę niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ stronach.
4. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2018 roku

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

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

*Informacja dla wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy  
 i przedłożony wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę..*

*\* w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika wykonawcy*

*\*\* niepotrzebne skreślić*