Załącznik nr 1

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu ................................................................................................................................................................

Regon:........................................................................ NIP:...........................................BDO…………………………………………….

Województwo.............................................................. Powiat……........................................................................................

Internet: http://........................................................... **e-mail:............................................@..........................................**

KRS: ……………………………………… (jeżeli dotyczy)

**Wykonawca jest: \***

* Mikroprzedsiębiorstwem [[1]](#footnote-1),
* Małym przedsiębiorstwem [[2]](#footnote-2),
* Średnim przedsiębiorstwem [[3]](#footnote-3),
* Jednoosobową działalnością gospodarczą,
* Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* Innym rodzajem

**UWAGA \*zaznaczyć właściwe**

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do ogłoszenia zamieszczonego w Biuletynie Zamówień Publicznych **na świadczenie usług pocztowych dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi – numer sprawy 107/PP/ZP/U/2024**:

1. Oferujemy wykonanie usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia- załącznikiem 1A w cenach jednostkowych podanych w Formularzu asortymentowo cenowym (załącznik nr 2), stanowiącvch integralną część niniejszej oferty, na warunkach określonych we wzorze umowy.
2. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego minimalnego terminu płatności, tj. minimum 45 dni, maksimum 60 dni \* od dnia wystawienia faktury, po wykonaniu usługi.

***\*W przypadku nie wpisania ilości dni w proponowanym terminie płatności Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca dopuszcza maksymalną ilość dni tj. 60.***

Proponowany termin płatności: **……….. dni** (**minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** na ww. warunkach.

Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy

który jest zgodny:

* **z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT \***
* **z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \***

*\*niewłaściwe skreślić*

1. Deklarujemy posiadanie ……………. (**minimum 500**) placówek pocztowych.
2. Nasze numery kontaktowe pod jakie należy zgłaszać wszelkie kwestie związane z wykonywaniem usługi to:

**tel. stacjonarny ………………………….…….……, tel. komórkowy …………………………………..………,**

**faks …………………………………………...………, mail ……………………………………………………………**

1. Oświadczam w trybie art. 95 ustawy Pzp, że pracownicy świadczący usługi będą w okresie realizacji umowy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1320, tj. ze zm.).

Dotyczy osób wykonujących wskazany przez zamawiającego zakres realizacji zamówienia, tj.:

* czynności polegające na odbieraniu przesyłek przez zamawiającego oraz na dostarczaniu przesyłek do zamawiającego

1. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, zobowiązany będzie w ciągu 2 dni od zawarcia umowy, do dostarczenia Zamawiającemu oświadczenia o zatrudnieniu przez niego lub wskazanego przez niego podwykonawcę osób wykonujących czynności, o których mowa w pkt. 13 na podstawie stosunku pracy.
2. Na wezwanie Zamawiającego nie częściej niż na pół roku wykonawca zobowiązany jest dostarczyć zamawiającemu pisemne oświadczenie potwierdzające spełnienie warunku określonego w art. 95 ust. 1 ustawy PZP. w przypadku nie dostarczenia przez wykonawcę na wezwanie zamawiającego ww. oświadczenia wykonawca zapłaci zamawiającemu karę umowna w wysokości sto złotych.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z załączonymi Projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty
4. Oświadczamy, że Projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do umowy stanowiące załącznik Nr 4 zostały przez nas zaakceptowane w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy z uwzględnieniem ww. postanowień warunkach.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
6. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku pod nazwą ……………….. stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając w pliku ………………… dokumenty, potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
7. **Usługę, stanowiącą przedmiot zamówienia** wykonamy sami / przy udziale podwykonawcy\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia:

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

*\*W przypadku nie wpisania części zamówienia, którą zrealizuje Podwykonawca, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca wykona zamówienie sam*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

b) **w konsorcjum z**:

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

1. Niniejszym, zgodnie z art. 225 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że świadczenie usługi oferowane w ramach przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, **prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

*\* niepotrzebne skreślić*

Świadczenie niżej wymienionych usług, oferowanych w ramach niniejszego postępowania prowadzi w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: \*

- ......................................................................................................................................................

- ......................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, wskazać ich wartość bez kwoty podatku oraz stawkę podatku VAT).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\***

1) rozporządzenie 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, str. 1).

\* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 – należy niepotrzebne skreślić

1. Zobowiązujemy się umieszczać na każdej fakturze PRAWIDŁOWĄ nazwę Zamawiającego, która brzmi: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów lub skróconą, która brzmi: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów, pod rygorem poniesienia negatywnych skutków z tego tytułu.
2. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników-plików wraz z tytułami)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. (Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-1)
2. (Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-2)
3. 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** [↑](#footnote-ref-3)