|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOW****Y** | |
| ***Zamawiający:***  **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu**  **ul. H. Kamieńskiego 73a**  **51-124 Wrocław** | |
| 1. **DANE WYKONAWCY** | |
| **Nazwa i siedziba**  **Wykonawcy\*)** | *………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………*  *ul:* .............................................................  *kod:* ..................……………………………  *miejscowość:…………………………………….* |
| Rejestr prowadzenia działalności\*: | Rejestr prowadzenia działalności\* (zaznaczyć właściwe) :  🞎 **KRS NR** ……………….…………. adres rejestru: https://ekrs.ms.gov.pl/  🞎 **CEDIG NR NIP** ………………..………… adres rejestru: https://prod.ceidg.gov.pl/  🞎 **……...…….. NR ……..…………..…. adres rejestru**: …………………..………..  (*dla wykonawcy, który ma siedzibę lub osoba ma miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)* |
| Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) | |
| \*) *w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera* | *………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………*  *ul:* .............................................................  *kod:* ..................……………………………  *miejscowość:…………………………………* |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Adres do korespondencji**  **(jeżeli jest inny niż adres siedziby)** | *ul:* .............................................................  *kod:* ..................……………………………  *miejscowość:…………………………………….* |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** | *……………………………………………………* |
| **Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem** | e- mail: …………………………………..  fax: …………………………………..  tel.: …………………………………….. |
| **Rodzaj Wykonawcy:**   * 🞎 **mikroprzedsiębiorstwo\*;** 🞎 **małe przedsiębiorstwo\*;** 🞎 **średnie przedsiębiorstwo\*** * 🞎 **duże przedsiębiorstwo\*;** 🞎 **jednoosobowa działalność gospodarcza\*** * 🞎**osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*;** 🞎 **inny rodzaj\***   *(zaznaczyć odpowiednio )* | |
| 1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | |
| Składam ofertę na zamówienie publiczne prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, prowadzonego na podstawie art. 132 ustawy Pzp  **USŁUGA KOMPLEKSOWEGO ŻYWIENIA**  **PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU - POWTÓRKA** | |
| 1. **CENA OFERTY** | |
| * + 1. Oferuję wykonanie **całego zakresu przedmiotu zamówienia** za cenę:   cena ryczałtowa netto: ............................................................................................ zł  **cena ryczałtowa brutto:** ....................................................................................... zł  w tym:   * 1. Ryczałtowa cena za żywienie pacjentów za 12 m-cy bez względu na stosowaną dietę wynosi:   cena netto ……… zł  cena brutto ……………… zł   * 1. Cena za przygotowanie mieszanek sporządzonych przez kuchnię mleczną na podstawie cen jednostkowych zgodnie z formularzem asortymentowo cenowym stanowiącym załącznik nr 1.1 do formularza ofertowego   cena netto ………………………………… zł  cena brutto ……………………………….. zł  Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną dietę wynosi ……….zł brutto ,  w tym wsad do kotła ……………. zł brutto   * + 1. Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni kuchni w wysokości:   cena netto ………………………………… zł  **Uwaga**  **- *Czynsz najmu za 1 m² wynajmowanej powierzchni kuchni nie może być niższy niż 10 zł netto****.*   * + 1. **Gwarantowana minimalna kwotaobniżenia wpłaty Zamawiającego na PFRON z tytułu zakupu oferowanych usług w całym okresie obowiązywania umowy wynosić będzie łącznie:**   **............................. zł.**  **............................. zł. miesięcznie**  **UWAGA: Zamawiający uwzględni w kryterium „koszt” minimalną kwotę obniżenia wpłat na PFRON w przypadku podmiotów występujących wspólnie (konsorcja), pod warunkiem, gdy możliwość obniżenia wpłat z tytułu PFRON zapewni Zamawiającemu jeden z członków konsorcjum, który jako podmiot uprawniony do udzielenia Zamawiającemu ulgi będzie jednocześnie wystawcą stosownej faktury za usługę.**  **UWAGA: Wykonawca nie posiadający w ogóle ulgi na PFRON winien wykreślićmiejsca wykropkowanelub wpisać wartość 0.** | |
| 1. **OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY:** | |
| **Oświadczam, że:**   * + - 1. Składam niniejszą ofertę:   🞎 we własnym imieniu\*  🞎 jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*   * + - 1. Oświadczam, iż następujące usługi wykonają poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*:   Wykonawca (nazwa): …………………………. wykona: ………………….  Wykonawca (nazwa): …………………………. wykona: ………………….  *\*Dotyczy jedynie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie – należy dostosować do liczby wykonawców w konsorcjum*   * + - 1. Oświadczam, że nie uczestniczę, jako wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia       2. Oświadczam, że zawarty w specyfikacji warunków zamówienia projekt umowy został zaakceptowany i zobowiązuję się, w przypadku wybrania oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego       3. Oświadczam, że zamówienie zostanie zrealizowane zgodnie z treścią SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji, w terminie określonym w SWZ.       4. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.       5. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.       6. Wybór mojej oferty będzie/nie będzie\*) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (w przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa należy wskazać nazwę rodzaj towaru, którego dostawa będzie prowadzić do jego powstania, wskazując jego wartość bez kwoty podatku).   \*niepotrzebne *skreślić*   * + 1. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i/lub [[1]](#footnote-1) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanym dalej „RODO" - wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu i w oparciu o dane informacyjne zawarte w Rozdziale XXIX SWZ.     2. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu przetargowym oświadczenia złożyłem ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych.   **Zobowiązuję się do:**   * + - 1. zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;       2. zrealizowania przedmiotu zamówienia w terminie określonym w ofercie;       3. wyznaczam osoby do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia: ................................. e-mail: ………..................…. tel. ...........................       4. Wyznaczam kierownika obiektu w osobie *………………………………………………….* | |
| 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY – PFRON \*) jeżeli dotyczy** | |
| Oświadczam, że:   * + - 1. **spełniam/y warunki określone w art. 22 ust.1 ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U z 2021r. poz. 573) oraz będziemy je spełniać przez cały okres obowiązywania umowy, w związku z czym Zamawiającemu z tytułu zakupu usług od Wykonawcy będzie przysługiwało prawo do obniżenia wpłat na PFRON.**       2. **kwota obniżenia wpłat na PFRON przysługująca Zamawiającemu z tytułu zakupu usług objętych niniejszym postępowaniem nie będzie niższa niż ………… zł. (słownie …………. zł) miesięcznie, nie wyższa jednak niż 50 % kwoty należności za zakup tych usług określonej na fakturze Wykonawcy, pomniejszonej o kwotę podatku od towarów i usług, z uwzględnieniem korekt tej faktury.**       3. **zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997r. (Dz. U. 2021 r. poz. 573 ze zm.) zobowiązuję się do wystawiania oświadczeń / dokumentów uprawniających Zamawiającego do skorzystania z ulgi w odpisie na PFRON.**       4. **zobowiązuję się do przedstawienia Zamawiającemu, przed podpisaniem umowy, wysokości ulgi na PFRON z ostatnich 6 ( sześciu ) miesięcy.**   **Prawdziwość powyższych danych potwierdzam, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.** | |
| 1. **PODWYKONAWCY** | |
| Przedmiot zamówienia zamierzam wykonać *\*)* **samodzielnie/ wykonać przy udziale podwykonawców\*).**  \*\*)Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy z podwykonawcami:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy**  **(jeśli jest znana)**  *(podać pełną nazwę/firmę, adres,  a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* | **Nazwa części zamówienia powierzona podwykonawcy** | | 1. |  |  | | 2. |  |  |   ***\*) wybrać odpowiednio***  ***\*\*) wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców*** | |
| 1. **PODWYKONAWCA WYSTĘPUJĄCY JAKO PODMIOT TRZECI, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA** | |
| * + - 1. Przy realizacji niniejszego zamówienia będę/nie będę\*) polegał na zasobach innych podmiotów       2. \*\*) Informacje dotyczące podmiotu, na którego zasoby powołuje się Wykonawca:   ..………………………….w zakresie ………………………………………………………  …………………………….w zakresie …………………………………………………………  **W załączeniu składamy dokumenty (np. zobowiązania), o których mowa w Rozdziale XIX pkt. 3 SWZ.**  *\*) wybrać odpowiednio*  *\*\*) wypełnić w przypadku powołania się na zasoby wraz z określeniem ich zakresu* | |
| 1. **RACHUNEK BANKOWY WYKONAWCY** | |
| Nr rachunku bankowego Wykonawcy na który zostanie dokonana płatność za wykonanie przedmiotu zamówienia:  Nr rachunku ……………………………………… prowadzonego przez bank ……………………… | |
| **VIII. TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA** | |
| Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 18 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.) zastrzegam, że informacje:  ............................................................................................................................................................... (wymienić czego dotyczy)  zawarte są w następujących dokumentach:  ......................................................................................................................................................................., które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy  z 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1913) i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.  Jednocześnie wykazuję, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, ponieważ:  UZASADNIENIE  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  Uwaga:  Zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „tajemnica przedsiębiorstwa” i złożone w odrębnym pliku/katalogu. | |

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

(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania

Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO CENOWY PRZYGOTOWANIA**

**mieszanek** **SPORZĄDZANYCH PRZEZ KUCHNIĘ MLECZNĄ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | NAZWA PRODUKTU | | roczna. ilość  w  litrach/szt | Cena jedn. **brutto**  l./szt. | Wartość 12mies.  **brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | *6=4\*5* |
| 1 | B1-Bebiko 1 | B1 | 75,6 |  |  |
| 2 | B2-Bebiko 2 | B2 | 140,2 |  |  |
| 3 | B3-Bebiko 3 | B3 | 6,7 |  |  |
| 4 | BEB1 – Bebilon 1 | BEB1 | 141,6 |  |  |
| 5 | BEB2 – Bebilon 2 | BEB2 | 9,9 |  |  |
| 6 | BEB3 – Bebilon 3 | BEB3 | 5,9 |  |  |
| 7 | BEB COMF – Bebilon Comfort | BEB COMF | 8,8 |  |  |
| 8 | BEB HA1 – Bebilon HA 1 | BEB HA1 | 5,2 |  |  |
| 9 | BEB HA2 – Bebilon HA 2 | BEB HA 2 | 6 |  |  |
| 10 | BEB AR – Bebilon AR | BEB AR | 29,3 |  |  |
| 11 | BEB PEP1 – Bebilon PEPTI 1 | BEB PEP 1 | 108,3 |  |  |
| 12 | BEB PEP2 – Bebilon PEPTI 2 | BEB PEP 2 | 63,7 |  |  |
| 13 | BEB PEP MCT – Bebilon Pepti MCT | BEB PEP MCT | 20 |  |  |
| 14 | NEN – Bebilon Nenatal | NEN | 36,4 |  |  |
| 15 | BEB NUTR – Bebilon Nutriton | BEB NUTR | 18 |  |  |
| 16 | BEB b/l – Bebilon bez laktozy | BEB B/L | 42,7 |  |  |
| 17 | PRE – Prenan | PRE | 45,8 |  |  |
| 18 | SIN – Sinlac | SIN | 1,8 |  |  |
| 19 | NAN 1 | NAN1 | 130,9 |  |  |
| 20 | NAN 2 | NAN2 | 50,1 |  |  |
| 21 | NAN 3 | NAN3 | 11,7 |  |  |
| 22 | NAN HA1 | NAN HA 1 | 6 |  |  |
| 23 | NAN HA2 | NAN HA 2 | 6 |  |  |
| 24 | FAN – Fantomalt | FAN | 12 |  |  |
| 25 | ENF1 - Enfamil 1 | ENF 1 | 10,8 |  |  |
| 26 | ENF2 – Enfamil 2 | ENF 2 | 6 |  |  |
| 27 | NUTR1 - Nutramigen LGG 1 | NUTR 1 | 273,5 |  |  |
| 28 | NUTR2 - Nutramigen LGG 2 | NUTR 2 | 2,4 |  |  |
| 29 | NUTR3 – Nutramigen LGG 3 | NUTR 3 | 6 |  |  |
| 30 | MCTII – Humana MCT II | MCT II | 6 |  |  |
| 31 | MCTIII – Humana MCT III | MCT III | 6 |  |  |
| 32 | Kaszka Kukurydziana | KK | 2 |  |  |
| 33 | KM – Kasza manna | KM | 31,3 |  |  |
| 34 | KR/W - Kleik ryżowy na wodzie | KR/W | 33,6 |  |  |
| 35 | KR+JABŁ – Kleik ryzowy z jabłkiem | KR JABŁ | 6,4 |  |  |
| 36 | KIS – Ksiel | KIS | 50,1 |  |  |
| 37 | KIS +JABŁ – Kisiel + jabłko | KIS JABŁ | 11,1 |  |  |
| 38 | KJ – Zupa jarzynowa | KJ | 76,2 |  |  |
| 39 | KJ+M Zupa jarzynowa z mięsem | KJ+M | 103,7 |  |  |
| 40 | KJ+Ż - Zupa jarzynowa z żółtkiem | KJ+z | 5 |  |  |
| 41 | HOMOG – Homogenat | HOMOG | 6 |  |  |
| 42 | SIEM LN – Siemie Lniane | SIEM LN | 6 |  |  |
| 43 | MARCH - Marchwianka | MARCH | 6 |  |  |
| 44 | HERBATA | H | 1021,4 |  |  |
| 45 | WODA PRZEGOTOWANA | WP | 95,1 |  |  |
|  |  |  | w sztukach |  |  |
| 46 | Butelki sterylne |  | 18878 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j.m.** | **Szacunkowa ilość wydanych posiłków w ciągu 12 miesięcy** | **Cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta netto (zł)** | **Cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta brutto (zł)** | **Wartość**  **netto**  **(zł)** | **Wartość**  **brutto**  **(zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G=DxE** | **H=DxF** |
| 1. | Ryczałtowa  cena za żywienie pacjentów | Szt. | *Szacunek wg danych z OPZ Rozdział I pkt 2 Dzienne średnie ilości posiłków x liczba dni trwania usługi* | *Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną* ***dietę netto***  *………………..* | *Średnia cena jednostkowa całodobowego wyżywienia jednego pacjenta bez względu na stosowaną* ***dietę brutto***  *…………….* | …… | ………… |
| **Razem w okresie 12 mc** | | | | | |  |  |

1. . [↑](#footnote-ref-1)