Załącznik nr 1 – formularz oferty

dotyczy postępowania znak. ZP/2501/02/25 – Wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie i rozbudowie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

**O F E RT A**

# Dane wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| województwo |  |  |
| NIP: |  | REGON: |  | KRS: |  |
| strona www: |  | adres e-mail: |  |
| nr telefonów |  |  |

# Informacje dotyczące oferty:

# Cena

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| przedmiot oferty | cena nettoPLN | cena bruttoPLN |
| 1 | 2 | 3 |
| Wykonanie robót budowlanych w ramach zadania pn. Rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (Faza nr 1) |  |  |
| Dostawa wyposażenia w ramach zadania pn. Rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (Faza nr 1) – zgodnie z załącznikiem nr 1b do SWZ. |  |  |
| Wykonanie robót budowlanych w ramach zadania pn. Przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (Faza nr 2 i 3) |  |  |
| Dostawa wyposażenia w ramach zadania pn. Przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (Faza nr 2 i 3) – zgodnie z załącznikiem nr 1b do SWZ |  |  |
| cena oferty **RAZEM**  |  |  |
|  Oferowany termin realizacji zamówienia(w dniach kalendarzowych od daty zawarcia umowy)(patrz: cz. IX SWZ) | Rozbudowa SOR (Faza nr 1) | …………………….dni kalendarzowych od daty oddania wykonawcy placu budowy w celu realizacji Fazy 1. |
|  Oferowany okres gwarancji na roboty budowlane (jeśli wykonawca określa ten okres na więcej niż wymagane 60 miesięcy) | Oferujemy …………….\* miesięcy dodatkowej gwarancji (ponad minimalny wymagany) \*należy określić ilość miesięcy ponad minimalny wymagany (jeśli dotyczy) |
| Oferowany okres gwarancji na dostarczone i wbudowane materiały oraz zainstalowane urządzenia objęte przedmiotem zamówienia (w tym dostarczone wyposażenie medyczne zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych).(jeśli wykonawca określa ten okres na więcej niż wymagane 24 miesiące) | Oferujemy …………….\* miesięcy dodatkowej gwarancji (ponad minimalny wymagany) \*należy określić ilość miesięcy ponad minimalny wymagany (jeśli dotyczy) |

1. **Oświadczenia**
2. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy;
3. Wykonanie części zamówienia (wskazać tę część) zmierzamy powierzyć Podwykonawcy ( wskazać nazwę jeśli jest on już znany)………………………………………………………………………………………………..
4. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
5. Zapoznałem się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte;
6. Akceptuję, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;
7. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507)
8. Informuję, że (zaznaczyć właściwe):

☐ wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego

☐ wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług: ................................................................................................................... których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to: ..................................................................zł netto

**Uwaga! W przypadku, gdy wykonawca nie zaznaczy żadnego z wariantów zamawiający przyjmie, że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie zamawiającego.**

1. Oświadczamy, że wykonawca, którego reprezentuję (skreślić niewłaściwe):

☐ Jest mikroprzedsiębiorstwem

☐ Jest małym przedsiębiorstwem

☐ Jest średnim przedsiębiorstwem

* *Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*
* *Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*
* *Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

|  |
| --- |
| kwalifikowany podpis elektroniczny  |