

*Załącznik nr 1 – dotyczy przetargu nieograniczonego na* *usługę transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.*

*znak ZP/2501/77/25*

# Dane wykonawcy

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

1. **Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego, na usługę transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie:

znak ZP/2501/77/25

# Informacje dotyczące ceny oferty;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | cena netto  PLN | cena brutto  PLN |
|  | Usługa transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie: ryczałt miesięczny |  |  |
|  | Usługa transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie: 48 miesięcy |  |  |

1. **Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy;
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. Zapoznałem się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte;
4. 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;
5. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO opublikowaną na stronie internetowej zamawiającego i akceptujemy jego treść, w związku z uczestnictwem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego.
6. 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.*

1. Akceptuję zawarcie Umowy w formie elektronicznej (skreślić niewłaściwe)

* TAK
* NIE

1. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ

|  |
| --- |
| Data; podpis elektroniczny |
|  |