Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o zamówieniu

**FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY**

**Zamawiający: Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o.o., ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów**

**Nazwa Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres Wykonawcy**

**Ulica, nr domu / nr lokalu:……………………………………………………………………………..**

**Miejscowość i kod pocztowy:……………………………………………………………………….......**

**Województwo:…………………………………………………………………………………………...**

**Kraj:……………………………………………………………………………………………………...**

**NIP:………………………………………………………………………………………………………**

**REGON:…………………………………………………………………………………………………**

**KRS (jeżeli dotyczy):……………………………………………………………………………………**

**Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorcą** [[1]](#footnote-2) **□ TAK □ NIE**

*(zaznaczyć właściwe)*

**Adres do korespondencji**:…………………………………………………………………………….

*(jeżeli jest inny niż podany powyżej)*

**Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:…………………………………………….…...**

**Telefon:………………………………………….., e-mail:…………………………………………….**

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na usługę społeczną pn.: **„Świadczenie usług w zakresie całodobowego żywienia pacjentów Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Sp. z o. o. przez okres 12 miesięcy”** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Ogłoszeniem o zamówieniu za łączną:

1. **KRYTERIUM NR I.** **Cena brutto: ......................................... PLN**

zgodnie z poniższymi wyliczeniami, w których przyjęto ceny jednostkowe do rozliczenia podczas realizacji umowy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **USŁUGA** | **Przewidywana liczba osobodni** | **Cena jednostkowa osobodnia netto PLN** | **Wartość netto****PLN****(2 x 3)** | **VAT (……%)** | **Wartość brutto****PLN****(4 + 5)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Całodobowe wyżywienie pacjenta (śniadanie, obiad, kolacja, podwieczorek (ZPO), zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia – załącznik nr 7 do Ogłoszenia o zamówieniu | 44 000 |  |  |  |  |

1. **Kryterium nr II** **Ciepła kolacja w tygodniu:**
* *Oferuję jedną ciepłą kolację w tygodniu \**
* *Brak ciepłych kolacji \**

 *\*zaznaczyć właściwe*

**3.** MIEJSCE (pomieszczenie), w którym przygotowywane będą posiłki znajduje się:

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

*podać adres*

**4.** Pojazd/pojazdy, którym transportowane będą posiłki:

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

*podać markę i nr rejestracyjny*

**5.** Spełniam warunki udziału w postępowaniu.

**6.** Akceptuję 30 dniowy termin płatności.

**7.** Oświadczam, że zamówienie zamierzam wykonać sam/ zamierzam powierzyć podwykonawcom\*\* *(\*\*niepotrzebne skreślić)*

Powierzę podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia:

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

(wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentami postępowania, w tym ogłoszeniem o zamówieniu i istotnymi postanowieniami umowy i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczamy, że uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury, stanowiące integralną część ogłoszenia o zamówieniu, wyszczególnione we wszystkich przesłanych i umieszczonych na stronie internetowej pismach Zamawiającego.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Akceptujemy wzór umowy i w razie wybrania oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu .
6. Oświadczam, że wybór naszej oferty będzie / nie będzie (niepotrzebne skreślić) prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (art. 91 ust. 3a ustawy Prawo Zamówień Publicznych).

Obowiązek podatkowy będzie dotyczył:

……………………………………….………………………………………………………(wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług), objętych przedmiotem zamówienia, podlegających mechanizmowi podzielonej płatności VAT, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła ………………………………………………………………………………………………

(wpisać wartość netto towaru lub usługi podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej).

1. Oświadczamy, że dokumenty złożone na stronach ………. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane.
2. Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych zapisanych stronach od strony numer ..... do strony numer ...... (łącznie z załącznikami).

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

 *podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

 *lub posiadających pełnomocnictwo*

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o zamówieniu

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………….

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. „**Świadczenie usług w zakresie całodobowego żywienia pacjentów Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Sp. z o. o. przez okres 12 miesięcy**”, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o., nr postępowania **1/PCM/2019/ZP/US** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp oraz art. 24 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy PZP.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ……………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: …………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia o zamówieniu

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………….

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. „**Świadczenie usług w zakresie całodobowego żywienia pacjentów Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Sp. z o. o. przez okres 12 miesięcy**”, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o., nr postępowania **1/PCM/2019/ZP/US** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  Ogłoszeniu o zamówieniu.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Ogłoszeniu o zamówieniu polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………………….., w następującym zakresie: ……………………..…… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Załącznik nr 5 do Ogłoszenia o zamówieniu

………………………………

*(Wykonawca)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDA UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

1. minimum dwóch kucharzy posiadających wykształcenie gastronomiczne oraz po przeszkoleniu z zakresu dobrej praktyki higienicznej, dobrej praktyki produkcyjnej (GHP, GMP) oraz zasad systemu HACCP, z min. 2-letnim doświadczeniem w przygotowywaniu posiłków dla pacjentów służby zdrowia
2. minimum jedną osobę - dietetyka/dietetyczkę z min. rocznym doświadczeniem w zakresie żywienia pacjentów w placówkach służby zdrowia – posiadającą wydany przez uprawnioną jednostkę dokument (dyplom) wskazujący uprawnienia dietetyka do wykonywania zawodu oraz po przeszkoleniu z zakresu dobrej praktyki higienicznej, dobrej praktyki produkcyjnej (GHP, GMP) oraz zasad systemu HACCP
3. minimum 1 kierowca + 1 konwojent, po przeszkoleniu z Dobrej Praktyki Higieny (GHP)

Dysponuję/dysponujemy następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie\*  | Wykształcenie | Numer \*\*Świadectwa (dot. kucharzy)/Dyplomu (dot. dietetyka)/Certyfikatu z przeszkolenia (dotyczy kucharzy, dietetyka, kierowcy i konwojenta)  | Zakres wykonywanych czynności | Informacje o podstawie do dysponowania osobą  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* w przypadku kucharzy i dietetyka należy podać ilość lat pracy przy przygotowywaniu posiłków dla pacjentów służby zdrowia.**

\*\* należy podać nr dokumentów wydanych przez uprawnione jednostki.

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

 *podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

 *lub posiadających pełnomocnictwo*

Załącznik nr 6 do Ogłoszenia o zamówieniu

………………………………

*(Wykonawca)*

**WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH DOSTAW / USŁUG**(co najmniej jedna usługa obejmująca zakres przygotowywania i dostarczania posiłków do placówek służby zdrowia - w ilości nie mniejszej niż jednorazowo 120 dziennie, nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy)

 **OŚWIADCZAM/Y, ŻE** wykonałem/wykonaliśmy, bądź wykonuję/wykonujemy następujące USŁUGI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odbiorca****Usług**(nazwa, adres) | **Zakres usług** | **Ilość dostarczanych jednorazowo posiłków dziennie** | **Czas realizacji** | **Wartość usług** (wykonanych/wykonywanych)z podatkiem VAT (brutto)(PLN) |
| **od**(data) | **do**(data) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
|  |  |  |  |  | Wartość całej umowy: ……………………………… zł. brutto\* *za okres wskazany w kol. 04 i 05* |
| Wartość za 12 miesięcy:…………………….….…… zł. brutto |

**UWAGA: wykonawca jest zobowiązany dołączyć do wykazu dowody dotyczące najważniejszych usług, określające, czy usługi te zostały wykonane/ są wykonywane w sposób należyty.**

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

 *podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

 *lub posiadających pełnomocnictwo*

Załącznik nr 7 do Ogłoszenia o zamówieniu

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności
do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

Zamawiający: Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o., 56-100 Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 26

**WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy informacja** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |  |

**□ NIE należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu\*

**□ należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z innym Wykonawcą: ………………………………………………………………………………………………,

 *(nazwa i adres Wykonawcy)*

który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu. \*

**□** W tym przypadku załączam dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*.

*\* właściwe zaznaczyć* ***X***

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

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

 *podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

 *lub posiadających pełnomocnictwo*

1. *Definicja zgodnie z ustawą z dn. 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.2017.2168 t.j.),* [↑](#footnote-ref-2)