

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa: .....

Siedziba: .....

Adres e-mail: .....

Nazwa skrzynki podawczej ePUAP .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

KRS: .....

Nr konta, na który będzie przekazywana należność za fakturę.....

**Jestem (zaznaczyć właściwe):**

- mikroprzedsiębiorcą  
 małym przedsiębiorcą  
 średnim przedsiębiorcą  
 prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  
 osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  
 inne .....

**Dane dotyczące Zamawiającego:****Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście****11-040 Dobre Miasto****ul. Grunwaldzka 10 B****elektroniczna skrzynka podawcza ePUAP: /ZZOZDM/SkrytkaESP****e-mail: [sekretariat@szpitaldobremiasto.pl](mailto:sekretariat@szpitaldobremiasto.pl), [przetargi@szpitaldobremiasto.pl](mailto:przetargi@szpitaldobremiasto.pl)****strona internetowa: [www.szpitaldobremiasto.pl](http://www.szpitaldobremiasto.pl)****godziny urzędowania – od poniedziałku do piątku od 7:25 do 15:00****tel: 89 616 82 22****Zobowiązania Wykonawcy:**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na Usługę kierowcy ambulansu Zespołu Transportu Sanitarnego oraz Zespołu Ratownictwa Medycznego - powtórka, postępowanie nr 8/TP/2022 oferuję wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

1. Usługa kierowcy ambulansu w Zespole Transportu Sanitarnego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście – **cena .....zł brutto** za jedną godzinę świadczonej usługi, zgodnie z planem uzgadnianym comiesięcznie z Zamawiającym. Usługi realizowane będą codziennie w godzinach: 08,00 – 16,00.

2. Usługa kierowcy ambulansu w Zespole Ratownictwa Medycznego typu Podstawowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście – **cena .....zł brutto** za jedną godzinę świadczonej usługi, zgodnie z planem uzgadnianym comiesięcznie z Zamawiającym. Usługi realizowane będą w systemie zmianowym 12 godzinnym, całodobowo.
3. Usługa transportu krwi, preparatów krwiopochodnych oraz materiału biologicznego w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście – **cena ..... zł brutto** za jeden zrealizowany kurs, zgodnie z planem uzgadnianym comiesięcznie z Zamawiającym. Usługi realizowane będą codziennie w godzinach 16,00-8,00.

**Oświadczam, że :**

- Oferuję termin płatności za fakturę/rachunek - 14 dni od otrzymania faktury/rachunku przez Zamawiającego.
- Wykonam zamówienie publiczne w terminie: **od dnia 01-01-2023 do dnia 31-12-2024.**
- Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia.
- Oświadczam, że wykonam usługę będącą przedmiotem zamówienia samodzielnie, bez udziału podwykonawców, oraz informuję, że zmiana wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy wynikająca z art. 436 ust. 4 Ustawy prawo zamówień publicznych dotyczyć będzie 1 osoby i tylko w sytuacji, kiedy zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę.
- Oświadczam, że ukończyłem/am 21 lat, posiadam prawo jazdy co najmniej kategorii B, oraz zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym w zakresie określonej kategorii prawa jazdy, oraz posiadam co najmniej 7-letnie doświadczenie w kierowaniu pojazdem uprzywilejowanym w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne w Zespole Ratownictwa Medycznego typu P lub S lub N w średniomiesięcznym wymiarze godzin wynoszącym co najmniej 96 godzin.
- Oświadczam, że posiadam szczepienie przeciwko WZW typu B niezbędne do realizacji niniejszej usługi.
- Oświadczam, że posiadam działalność gospodarczą założoną i prowadzoną zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, oraz na własny koszt i własnym staraniem dokonam wszelkich rozliczeń z właściwymi urzędami dla prowadzonej działalności gospodarczej.
- W trakcie realizacji usługi zobowiązuję się do przestrzegania zasad współżycia społecznego oraz przestrzegania zasad higieny osobistej.
- **Oświadczam, że w sytuacji powzięcia przez Zamawiającego wątpliwości dotyczących treści oświadczenia dotyczącego posiadanego przeze mnie doświadczenia w kierowaniu pojazdem uprzywilejowanym w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne w Zespole**

**Ratownictwa Medycznego typu P lub S lub N w średniomiesięcznym wymiarze godzin wynoszącym co najmniej 96 godzin, zobowiązuję się dostarczyć na każde wezwanie dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie.**

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym:**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

.....tel. kontaktowy..... mail: .....

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

.....tel. kontaktowy.....mail, : .....

**Oświadczenie dotyczące postanowień Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem/am niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że uważam się za związany/a ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. Oświadczam, że :

wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego

wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru, lub usługi, dla których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego, wskazać wartość towaru, lub usługi, dla których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego - bez kwoty podatku, oraz wskazać stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie:.....

.....

**5. Oświadczam, że:**

wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO w przedmiotowym postępowaniu nas nie dotyczą.

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla przeprowadzenia niniejszego postępowania.

6. Oświadczam, że załączone do Specyfikacji Warunków Zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**7. Informujemy, że :**

dokumenty, oświadczenia (*wymienić jakie*) : .....

dostępne są na stronie (*podać adres strony internetowej*) : .....

dokumenty, oświadczenia (*wymienić jakie*) : .....

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (*podać numer postępowania*) : .....

**Dokumenty:**

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

.....

**Zastrzeżenie Wykonawcy:**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....

Inne informacje Wykonawcy:

.....

\_\_\_\_\_  
*Imiona i nazwiska osób  
uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

\_\_\_\_\_  
*Podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Wykonawcy*