Załącznik nr 1

Pieczęć Wykonawcy

 Znak sprawy Dzp.183/01/2024 Piekary Śląskie 2024-01-31

 FORMULARZ OFERTOWY

UWAGA! - WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE WYKONAWCA

Nazwa nadana zamówieniu:

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi monitorowania, zwalczania szkodników – dezynsekcji i deratyzacji w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62, 41-940 Piekary Śląskie oraz w Oddziałach Rehabilitacyjnych w Kochcicach przy ul. Zamkowej 1, 42-713 Kochanowice Kochcice.

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im dr. Janusza Daaba

41-940 Piekary Śląskie

ul. Bytomska 62

Nazwa Wykonawcy:

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

Regon: …......................................................................................................NIP:...........................................................................................................

Adres Wykonawcy:

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

tel: ….............................................................................. fax: .......................................................................

e-mail.............................................................

Niniejszym składam/my naszą ofertę w następującej cenie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Czas obowiązywania umowy (miesiące) | Cena jednostkowa nettoRyczałt/miesięcznie | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | monitorowanie, zwalczanie szkodników – dezynsekcji i deratyzacji w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62, 41-940 Piekary Śląskie | 12 |  |  |  |  |
| 2. | monitorowanie, zwalczanie szkodników – dezynsekcji i deratyzacji w Oddziałach Rehabilitacyjnych w Kochcicach przy ul. Zamkowej 1, 42-713 Kochanowice Kochcice | 12 |  |  |  |  |
|  Razem: |  |

za łączną cenę brutto ……………………………………………….………… (słownie złotych: …………………………..…….……………………………………..……….……/100).

Termin płatności: 30 dni dni od daty otrzymania faktury VAT.

Nr rachunku bankowego Wykonawcy: ….........................................................................................................................................................................................…

**Termin wykonania zamówienia: 12 miesięcy**

1. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z warunkami zapytania ofertowego, projektowanymi postanowieniami umowy (załącznik nr 2) i wyrażamy gotowość przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia oraz spełniamy warunki udziału określone w postępowaniu.

2. Oświadczam/my, iż uzyskaliśmy wszystkie informacje potrzebne do złożenia oferty a podane przez Zamawiającego warunki akceptujemy bez zastrzeżeń.

3. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

4. Oświadczam/my, że akceptujemy termin płatności za usługę, o którym mowa w istotnych postanowieniach umowy.

5. Oświadczam/my, iż przygotujemy i dostarczymy program monitorowania, zwalczania szkodników – dezynsekcji i deratyzacji w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy.

6. Osobami odpowiedzialnymi za realizację zamówienia po stronie Wykonawcy są: ….........................................................................................................................

tel: ….............................................................................. fax: .......................................................................

e-mail: ........................................................................

7. Oświadczam/my, że jeśli - do upływu terminu związania ofertą nastąpią jakiekolwiek zmiany sytuacji w zakresie dotyczącym podmiotu składającego ofertę a w przedstawionej w naszych dokumentach wchodzących w skład oferty, natychmiast powiadomimy o nich na piśmie Zamawiającego.

8. Wykaz środków, które będą stosowane do realizacji przedmiotu zmówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa stosowanego środka | Działanie(przeznaczony do zwalczania) | Nr atestu/zezwolenia/producent |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Do wykazu należy załączyć:

Pozwolenia Ministra Zdrowia oraz karty charakterystyki danego preparatu.

Ponadto oświadczam/y:

1. W przypadku wycofania środka wskazanego w w/w wykazie z obrotu bądź utraty atestu, zobowiązujemy się poinformować pisemnie o powyższym Zleceniodawcę, wskazać środek zastępczy (nazwę środka i nazwę producenta środka), który będzie stosowany oraz dostarczymy na własny koszt dokumenty potwierdzające dopuszczenie tego środka do stosowania w obiektach służby zdrowia
2. W przypadku konieczności zastosowania innego preparatu wskazanego w niniejszym wykazie dane zostaną wprowadzone do dokumentacji postępowania.

9. Ofertę niniejszą składam/my na ........................... stronach.

10. Załącznikami do oferty są:

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

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

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

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

Miejscowość: ............................................ Data: ........................... r.

\* niepotrzebne skreślić