**Załącznik Nr 1 do SWZ**

**Nr zamówienia: DZiK-DZP.2921.3.2025**

**Formularz ofertowy Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa wykonawcy** | **Dokładny adres wykonawcy** |
| ……………………………………………………..…………………………………………………………............ | ……………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **NIP** | **REGON** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………. | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Telefon kontaktowy** | **Strona internetowa Wykonawcy** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Województwo** | **Mikro/Małe/Średnie/Duże Przedsiębiorstwo/ Inne\*\*** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na  **Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy dla potrzeb Uniwersytetu Rolniczego im. Hugona Kołłątaja w Krakowie** nr postępowania **DZiK-DZP.2921.3.2025** prowadzonego przez Uniwersytet Rolniczy w Krakowie:

Oferuję/Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie rzeczowym określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ), opisie przedmiotu zamówienia formularzach cenowych (Załącznik od nr 1.1 SWZ) oraz Projektowanych postanowieniach umowy (Załącznik nr 4 do SWZ) na zasadach określonych w ustawie z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 1320) oraz zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Oferujemy:realizację zamówienia w zakresie zgodnym z wymaganiami Zamawiającego określonymi w SWZ za łączną cenę brutto**:**

| **Nazwa zadania** | **Cena oferty brutto** | **Termin udzielenia świadczeń z zakresu medycyny pracy** |
| --- | --- | --- |
| **Łączna**  **cena brutto** | **(ilość dni roboczych – min. 2 dni robocze max. 5 dni roboczych)** |
| **Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy dla potrzeb Uniwersytetu Rolniczego im. Hugona Kołłątaja w Krakowie** |  |  |

**UWAGA:**

1. **Integralną część oferty stanowi Formularz Cenowy (szczegółowy opis przedmiotu zamówienia), na które Wykonawca składa ofertę (Załącznik nr 1.1 do SWZ)\***
2. **Termin udzielenia świadczeń z zakresu medycyny pracy w ciągu min. 2 dni roboczych - max. 5 dni roboczych licząc od daty rejestracji telefonicznej lub osobistej w placówce/placówkach Wykonawcy osoby skierowanej, o którym mowa w Rozdziale 2 pkt. 33 SWZ i pozycjach nr: 1, 26, 39 Załącznika nr 1 (Formularz cenowy)**

**Oświadczam (y), że:**

1. Pozyskaliśmy wszystkie informacje pozwalające na sporządzenie oferty oraz wykonanie zamówienia.
2. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, innych usług medycznych oraz wszelkich innych świadczeń/czynności, zakładany zysk, narzuty, ubezpieczenia, wszelkie podatki, naliczone według obowiązujących przepisów, w tym należny podatek VAT oraz pozostałe składniki cenotwórcze, nawet jeśli nie zostały wprost ujęte w przedmiocie zamówienia).
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia (w tym z Projektowanymi Postanowieniami Umownymi) i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
4. Oferujemy ceny jednostkowe brutto zgodnie z załącznikiem do SWZ – tj. Formularz Cenowy (szczegółowy opis przedmiotu zamówienia).
5. Oferujemy wykonywanie przedmiotu zamówienia (sukcesywnie w zależności od bieżących potrzeb Zamawiającego) **przez okres 24 miesięcy od daty zawarcia umowy**, jednak nie dłużej niż do wyczerpania kwoty przeznaczonej na realizację umowy w zakresie.
6. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany   
   w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
7. Akceptuję/my\* w pełni i bez żadnych zastrzeżeń warunki umowy na wykonanie zamówienia zapisane w SWZ w tym warunki płatności opisane w umowie (zapłata nastąpi w terminie 21 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej przez Wykonawcę faktury VAT).
8. W przypadku wybrania mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
9. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejsza ofertą **przez okres 30 dni** (od daty wskazanej   
   w SWZ), licząc od daty składania ofert.
10. Informuję/informujemy, że zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług wybór mojej/naszej oferty (należy zaznaczyć właściwy kwadrat):

**Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

**Będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego   
w następującym zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Oświadczam/Oświadczamy\*,** że przy realizacji niniejszego przedmiotu zamówienia (należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

Nie zamierzam (-y) powierzyć podwykonawcom żadnej części zamówienia.

Zamierzam(-y) następujące części zamówienia powierzyć podwykonawcom:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podwykonawcy** | **Zakres powierzonego zamówienia** |
|  |  |

**Uwaga:**

W przypadku, gdy Wykonawca nie wypełni niniejszych danych lub zaznaczy „Nie zamierzam(-y) powierzyć podwykonawcom żadnej części zamówienia”, Zamawiający uzna, iż Wykonawca zamierza wykonać całość zamówienia bez udziału Podwykonawców.

1. **Świadczenia będące przedmiotem umowy będą wykonywane na terenie miasta Krakowa, przy czym świadczenia wymagające uczestnictw (stawiennictwo osób skierowanych) będą wykonywane w następujących placówkach:**
   1. Nazwa placówki………..
   2. Adres placówki ……………………….
2. Oświadczamy, że do kontaktów z Zamawiającym w zakresie związanym z niniejszym   
   zamówieniem (min. składanie zamówień) upoważniamy następujące osoby:
   1. Imię i nazwisko ……………………………….
   2. Adres e-mail …………………………………….
   3. Tel. Kontaktowy ………………………………
3. Rejestracja odbywać się będzie w oparciu o telefoniczne lub osobiste zgłoszenie się osoby skierowanej w godzinach …………………… do ……………………………(co najmniej od 7.30 do 15.30) Numer telefonu rejestracji ……………………………………………..
4. Oświadczamy, że będziemy udzielać świadczeń od poniedziałku do piątku, w godzinach …………………… do ……………………………(co najmniej od 7.30 do 15.30)
5. Oświadczam/Oświadczamy\* że niniejsza oferta:\*

**Nie zawiera / Zawiera\*** (niewłaściwe skreślić / zaznaczyć właściwe) informacji stanowiących **tajemnicę przedsiębiorstwa**, w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r.   
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

1. **Oświadczam/Oświadczamy\*,** że do kontaktów niezbędnych przy realizacji zamówienia upoważniam:
2. imię i nazwisko: ……………………………………………………………
3. adres e-mail: …………………………@………………..……….…..
4. telefon kontaktowy: ………………………………………………………..….
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kodeksu karnego. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie informacje podane we wskazanych wyżej oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji. **Prawdziwość powyższych informacji, stwierdzam podpisem.**

Uwaga: \* niepotrzebne skreślić