ZAŁACZNIK NR 3 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres Wykonawcy:

ul. ............................................... nr ...................

kod pocztowy ............................... miejscowość ........................................................

Nr tel.: .........................................

REGON: ....................................... NIP: .....................................................................

KRS: ………………………………………. *(jeśli istnieje)*

e -mail: …...............................................@................................. http://..................................................................

Oferta do zapytania na „**Realizację usługi transportu sanitarnego z Apteki Szpitalnej dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie**” (Numer zapytania SP ZOZ ADM/6/2022).

* + - 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w Projektowanych Postanowieniach Umowy za maksymalną łączną kwotę określoną zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Szacunkowa liczba kilometrów | Szacunkowa liczba godzin | | Cena jedn. brutto za 1 km  **(A)** | Cena jedn. brutto za 1 h pracy kierowcy  **(B)** | Wartość brutto  **(A)** | Wartość brutto  **(B)** |
| **Transport sanitarny z Apteki Szpitalnej** | 545 km | | 28 godziny |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |
| **SUMA (A + B):** | | | | | |  | |

**[!] Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zawarty w Projektowanych Postanowieniach Umowy będących Załącznikiem nr 2 do zapytania ofertowego . Szacunkowa liczbę wyjazdów określa powyższa tabela. Szacunkowa liczba wyjazdów może ulec zmianie w zależności od zapotrzebowania, którego nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania zamówienia. Niezrealizowanie wskazanej w tabeli szacunkowej liczby wyjazdów nie powoduje jakichkolwiek roszczeń ze strony Przyjmującego zamówienie.**

* + - 1. Wartości brutto oferty powinny zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotowej usługi łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT oraz kosztami wynagrodzenia personelu, materiałów i sprzętu medycznego, kosztami paliwa i eksploatacji pojazdów, ubezpieczeń OC i NW itp. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione w zdaniu poprzedzającym, a które mają wpływ na cenę oferty.
      2. Termin płatności faktur ustala się na: **30 dni**, licząc od dnia dostarczenia do siedziby Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury wraz z dołączonym do niej zestawieniem zleceń lub kopią zleceń (za dany, rozliczany miesiąc). Rozliczenia za wykonane usługi odbywać się będzie w okresach miesięcznych. Za wykonane usługi transportowe Wykonawca wystawi fakturę VAT w terminie do 10-go dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Podstawą do zapłacenia faktury będzie dołączone do faktury zestawienie zleceń lub kopia zleceń (za dany, rozliczany miesiąc). Zamawiający dokona płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze.
      3. Zapewniamy, że oferowana przez nas usługa transportu sanitarnego odpowiada wymaganiom stawianym w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego.
      4. Wyrażamy zgodę by Narodowy Fundusz Zdrowia ma prawo do przeprowadzenia kontroli Wykonawcy na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z niniejszej umowy.
      5. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
      6. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.
      7. Oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835).
      8. Dane kontaktowe punktu dyspozytorskiego:

**OSOBY DO KONTAKTÓW:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Wykonawcami: Karina Rybka, Anna Dobrowolska e-mail: [administracja@zsm.com.pl](mailto:administracja@zsm.com.pl)

tel: 32-34-99-801

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

Data, miejsce Podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy