

ZAŁĄCZNIK NR 9 do Ogłoszenia

(pieczęć firmy)

Nazwa

.....

adres.....

numer telefonu/faxu

REGON.....

NIP

Osoba do kontaktu, telefon

FORMULARZ OFERTOWY
/ O F E R T A /

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **usług portierskich, usług w zakresie ochrony osób i mienia oraz usług monitoringu w systemie zmianowym, jednoosobowym, całodobowym na rzecz Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie przy ul. Generała Józefa Bema 24**, składamy ofertę, która została przygotowana zgodnie z Ogłoszeniem o zamówieniu oświadczając, że akceptuję/akceptujemy w całości wszystkie warunki zamówienia, a także w załącznikach do Ogłoszenia, a w szczególności we wzorze umowy .

Oferuję/oferujemy wykonanie w/w przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie zgodnie z postanowieniami Ogłoszenia za cenę:

Wartość netto zł (słownie:)

Stawka VAT %) kwota VAT (słownie:)

Wartość brutto zł (słownie:)

Zgodnie z załączonym formularzem cenowym stanowiącym załącznik do niniejszej oferty.

1. Oświadczam(y), że powyższe ceny zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
W: www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2015
Nr. 200623/A/0001/UK/Pol

2. Oświadczam(y), że oferuję/oferujemy realizację zamówienia w terminie określonym w Ogłoszeniu o zamówieniu oraz wzorze umowy (załącznik nr 2 do Ogłoszenia).
3. Oświadczam(y), że akceptuję/akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego we wzorze umowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia).
4. Oświadczam(y), że zapoznałem/zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy, która jest częścią Ogłoszenia i zobowiązuję/zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie przez niego wyznaczonym.
5. Oświadczamy, że:
 - a) Reprezentowana przeze mnie firma jest uprawniona do wystawienia oświadczeń/dokumentów uprawniających Zamawiającego do skorzystania z ulgi w odpisie na PFRON zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (Dz. U. 2020 poz. 426 ze zmianami, a wskaźnik ulgi we wpłatach na PFRON w całym okresie obowiązywania umowy będzie wynosił%
 - b) Zapewnię/my pracownikom jednolity ubiór służbowy posiadający „LOGO FIRMY”
 - c) Zapewnię/my stały nadzór i kontrolę nad realizacją zadań przez pracowników ochrony.
 - d) Posiadam/y aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w zakresie ochrony mienia na jedno lub wszystkie zdarzenia na sumę gwarancyjną co najmniej złotych.
 - e) Zamontuję/my monitoring wizyjny zgodnie z opisem i parametrami zawartymi w Załączniku nr 7 do Ogłoszenia.
6. Oświadczamy, że jesteśmy (niepotrzebne skreślić):
 - Mikroprzedsiębiorstwem
 - Małym przedsiębiorstwem
 - Średnim przedsiębiorstwem
 - Inne.....
7. Oferta została złożona na ponumerowanych stronach.

8. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)

.....
miejsowość data

.....
podpis i pieczęćka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)Wykonawcy*

*w przypadku Wykonawców występujących wspólnie podpisuje Pełnomocnik lub wszyscy Wykonawcy

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
W: www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2015
Nr. 200623/A/0001/UK/Po