D/ZP/381/8U/17 Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM. PROF.KORNELA GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

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

Osoba do kontaktu ......................................................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na usługę cateringu – przygotowanie i dostawę całodziennego wyżywienia dla pacjentów Uniwersyteckiego Centrum klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w lokalizacji przy ul. Medyków 14 oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę bez podatku VAT …………………………………………zł

Podatek VAT ………..% …………………….……………………zł

**Cena z podatkiem VAT ………………………………………..zł**

- Przy następującej zryczałtowanej cenie dziennego wyżywienia jednego pacjenta /osobodnia/ bez podatku VAT ……………………………zł Podatek VAT ………..% …….…………. Cena z podatkiem VAT ………………………………………..zł

Informujemy, że na cenę dziennej stawki wyżywienia jednego pacjenta składa się:

a) średnia zryczałtowana cena śniadania z podatkiem VAT: ……..… zł

b) średnia zryczałtowana cena obiadu z podatkiem VAT: …………... zł

c) średnia zryczałtowana cena kolacji z podatkiem VAT: …………..… zł

Termin wykonania: 12 miesięcy począwszy od dnia 1.03.2017 r.

**Termin płatności:** w ciągu …………. (*wpisać oferowany termin 30/60\*)*  dni od dnia otrzymania faktury za każdą dostarczoną partię przedmiotu zamówienia.

- Zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia, nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymagane przez Zamawiającego warunki

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

-Treść wzoru umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

**Czas reakcji na reklamacje posiłku** wynosi ………………….( *wpisać oferowany czas )* minut od zgłoszenia przez Zamawiającego.

Oświadczam, że przygotowanie posiłków (produkcja) objętych przedmiotem niniejszego zamówienia będzie realizowane w: ………………. …….. *(należy wskazać lokalizację/e –adres/y)*

- Oświadczam, że przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia są zgodne z obowiązującymi przepisami prawymi w tym zakresie.

- Oświadczam, że transport posiłków będzie się odbywał środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu, w taki sposób, aby nie została naruszona jakość zdrowotna tych posiłków i z zachowaniem wszelkich wymogów sanitarnych.

- Oświadczam , że następującą część zamówienia..............................zamierzam powierzyć podwykonawcom

- Wskazuję następujących podwykonawców ………… nazwa (firma) …………………

- Oświadczam, że przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia są zgodne z ustawą z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia ( Dz.U. z 2015 r., poz. 594), z przepisami wykonawczymi do tej ustawy, a także innymi obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi przygotowywania i dostarczania posiłków dla pacjentów przebywających w Szpitalu oraz żywieniu zbiorowym.

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnegooświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym

*\*) niepotrzebne skreślić*

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy