

### Formularz oferty

Przetarg nieograniczony, którego wartość jest równa lub przekracza progi unijne, na zadanie pod nazwą:  
„Świadczenie usługi ochrony osób i mienia obiektów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego  
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zlokalizowanych przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1 oraz ul. Szpitalnej 45”

Numer referencyjny postępowania:

**WSZ-EP-30/2024**

### FORMULARZ OFERTY

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych, w trybie przetargu nieograniczonego, o wartości równej lub przekraczającej progi unijne, na zadanie pod nazwą: „Świadczenie usługi ochrony osób i mienia obiektów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zlokalizowanych przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1 oraz ul. Szpitalnej 45”, my niżej podpisani:

#### Wykonawca 1 AGENCJA OCHRONY MAGNUM GRABOWSCY SPÓŁKA JAWNA

ul. Poznańska 94

kod 62-510 miasto Konin kraj Polska

adres email (do kontaktów z Zamawiającym) andrzej.grabowski@magnum.org.pl

KRS 0000133388 NIP 665-24-54-440 REGON 311094753

**Wykonawca 2\*** .....

ul. ....

kod ..... miasto ..... kraj .....

adres email (do kontaktów z Zamawiającym) .....@.....

KRS ..... NIP ..... REGON .....

**Pełnomocnik\*\*** do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie Zamówienia (Lider Konsorcjum) .....

ul. ....

kod ..... miasto ..... kraj .....

adres email (do kontaktów z Zamawiającym) .....@.....

KRS ..... NIP ..... REGON .....

\* niepotrzebne skreślić lub powielić w przypadku większej liczby Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia

\*\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie Zamówienia (spółki cywilne lub konsorcja)

- SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami.
- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ.

### Formularz oferty

Przetarg nieograniczony, którego wartość jest równa lub przekracza progi unijne, na zadanie pod nazwą:  
„Świadczenie usługi ochrony osób i mienia obiektów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego  
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zlokalizowanych przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1 oraz ul. Szpitalnej 45”

#### 5. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu Zamówienia:

##### 1) Za ryczałtową cenę ofertową (cenę ofertową) brutto<sup>1</sup>:

Ryczałtowa cena brutto za 1 miesiąc (w zł)	Ilość miesięcy	Całkowita wartość brutto w ciągu 24 miesięcy (w zł)
1	2	3 (1 x 2)
119.125,50 zł	24	2.859.012,00 zł

**2) Czas reakcji grupy interwencyjnej (TGI)**, tj. czas na rozpoczęcie interwencji liczony od momentu telefonicznego zgłoszenia pracownikowi ochrony przez pracownika Zamawiającego potrzeby przeprowadzenia interwencji do chwili dotarcia grupy interwencyjnej na teren szpitala, tj. adres jednej z lokalizacji szpitala wskazany w zgłoszeniu, **wynosi 5 minut.**

6. **OŚWIADCZAMY**, że zakres usługi przewidzianej do wykonania jest zgodny z zakresem objętym SWZ.
7. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych Postanowieniach Umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
8. **OŚWIADCZAMY**, iż – za wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji – oferta oraz wszelkie pozostałe załączniki są jawne.
9. **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani ofertą do upływu, terminu wskazanego w SWZ.
10. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:  
Andrzej Grabowski tel. 601-08-14-90

11. **INFORMUJEMY**, iż zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, wybór oferty:

- a) **nie będzie prowadzić** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*,
- b) ~~będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w wyniku czego wskazuję\*:~~
- 1) ~~wskazuję nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego,~~
- 2) ~~wskazuję wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku,~~
- 3) ~~wskazuję stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie~~

.....  
(\*niepotrzebne skreślić)

<sup>1</sup> Cena oferty NETTO, w przypadku Wykonawców nie mających siedziby lub miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

### Formularz oferty

Przetarg nieograniczony, którego wartość jest równa lub przekracza progi unijne, na zadanie pod nazwą:  
„Świadczenie usługi ochrony osób i mienia obiektów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego  
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zlokalizowanych przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1 oraz ul. Szpitalnej 45”

**12. USŁUGĘ** objętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie\*** – ~~przy udziale podwykonawców\*~~

(\*niepotrzebne skreślić)

Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.

Lp.	Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom
Lp.	Nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

**13. OŚWIADCZAMY**, że brak wskazania, w ofercie części zamówienia, rozumiane ma być jako wykonanie zamówienia bez udziału podwykonawców.

**14. OTRZYMALIŚMY** konieczne informacje do przygotowania oferty.

**15. OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>3\*</sup>

**16. RODZAJ Wykonawcy:**

- ☐ jednoosobowa działalność gospodarcza,  
☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,  
☒ inny rodzaj

**17. OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy<sup>4</sup>:

- ☐ Mikroprzedsiębiorstwem  
☒ Małym przedsiębiorstwem  
☐ Średnim przedsiębiorstwem  
☐ Żadnym z powyższych, jesteśmy.....\*(w przypadku zaznaczenia proszę uzupełnić)

Konin, dnia 24.11.2024

Formularz podpisany elektronicznie

<sup>2</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

<sup>3</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

<sup>4</sup> Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Średnie przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.