

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 Zespolonego
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zlokalizowanych przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1 oraz ul. Szpitalnej 45”

Numer referencyjny postępowania:

WSZ-EP-30/2024

Załącznik nr 1 do SWZ

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 Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zlokalizowanych przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1 oraz ul. Szpitalnej 45”, my niżej podpisani:

Wykonawca 1 Agencja Detektywistyczna i Ochrony JOKER Sp. z o.o.

ul. Al. Wielkopolska 36,

kod 60-608, miasto Poznań, kraj Polska,

adres email (do kontaktów z Zamawiającym) przetargi@joker-security.pl

KRS: 0000028899, NIP: 778-00-41-081, REGON: 004772320

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 wspólne ubiegający się o udzielenie Zamówienia (spółki cywilne lub konsorcja)

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami.
3. **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.
4. **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) brutto¹:

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)
133 016,46 zł	24	3 192 395,04 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. **OSOBA** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:
Tomasz Krzyżaniak tel. 61 846 85 07, tel. kom. +48 662 08 08 67, e-mail:
przetargi@joker-security.pl

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

.....
(*niepotrzebne skreślić)

12. **USŁUGĘ** objętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie*** – ~~przy udziale podwykonawców*~~
(*niepotrzebne skreślić)

¹ 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”

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 RODO² wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.^{3*}
16. **RODZAJ Wykonawcy:**
☐ jednoosobowa działalność gospodarcza,
☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,
x ☐ inny rodzaj (Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością)
17. **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy⁴:
☐ Mikroprzedsiębiorstwem
☐ Małym przedsiębiorstwem
☐ Średnim przedsiębiorstwem
x ☐ Żadnym z powyższych, jesteśmy dużym przedsiębiorcom* (w przypadku zaznaczenia proszę uzupełnić)

Poznań, dnia 22.11.2024 r.

Formularz podpisany elektronicznie

² 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).

³ 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).

⁴ 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.