**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

**Numer sprawy: SNW/ZP-371-6/2019**

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa Wykonawcy / Wykonawców**

……………………………….………………

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

**Dokładny adres**: ……………………………………………………………………………………………..…………..

**Województwo:** ……………..........................................................................................................

**Dane rejestrowe**:

wpisana/y do rejestru przez Sąd Rejonowy ………………….. Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem **KRS** ……………………………….. **\***

/ wpisanym do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.

**NIP:** ……………..........................................

**REGON:** ……………..........................................

**Nr Tel/ fax:** ……………........./.................................

**E:mail:** ……………..........................................

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie zapytania ofertowego o wartości szacunkowej poniżej 30 tys. euro (nr sprawy: **SNW/ZP-371-6/2019** ) na ś**wiadczenie usługi kierowania pojazdami sanitarnymi będącymi własnością Szpitala Na Wyspie Sp. z o.o. z siedzibą w Żarach przy ul. Pszennej.**

**Oferowana cena:**

1.

Oferuję realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w zapytaniu ofertowym:

* + 1. Ryczałt obejmujący świadczenie usługi od poniedziałki do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00 lub 8:00-16:00 oraz świadczenie usługi na wezwanie w godzinach od 16:00 do 8:00 następnego dnia oraz w soboty, niedziele i święta (ilość godzin świadczenia usługi na wezwanie w ramach ryczałtu nie przekroczy 45 godzin)

Wartość ryczałtu :………………………….zł netto, VAT……….%, ……….…….. zł brutto.

* 1. Cena brutto za każdą kolejną godzinę świadczenia usługi na wezwanie nie objętej ryczałtem (powyżej 45 godzin)

Cena………………………….zł netto za jedną godzinę , VAT……….%, …………….…….. zł brutto za jedną godzinę .

* 1. Doświadczenie w kierowaniu pojazdami sanitarnymi ………………. lat.

**Ponadto oferujemy:**

1. Wykonanie przedmiotu zamówienia przez okres 12 miesięcy.

2. Termin i forma płatności – przelew do 14 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.

3. Stałość ceny przez okres obowiązywania umowy;

**Oświadczam, że:**

1. oferta niniejsza stanowi ofertę w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
2. zapoznałem się z warunkami niniejszego zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń,
3. zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z udzieleniem usługi, tj. podatki, opłaty itp.,
4. posiadam kwalifikacje pozwalające świadczyć mi usługi kierowania pojazdem uprzywilejowanym (aktualne zezwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi),
5. posiadam prawo jazdy kategorii B,
6. brak jest wobec mnie przeciwskazań zdrowotnych i psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy
7. posiadam aktualne badania lekarskie psychotechniczne,
8. nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji, mieniu, wiarygodności dokumentów lub środowisku.
9. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, a także dysponuję potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania Umowy,
10. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Umowy oraz oświadczam, że:
	1. W stosunku do firmy nie zostało wszczęte i nie toczy się postępowanie układowe, upadłościowe lub likwidacyjne,
	2. Firma nie została postawiona w stan upadłości lub likwidacji,
11. w przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy według załączonego wzoru w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

**OSOBY DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Imię / nazwisko: ........................................................ tel. kontaktowy ............................., faks: ................................

zakres odpowiedzialności .………………………...............

2. Imię / nazwisko: .................................................................. tel. kontaktowy .........................., faks: .................

zakres odpowiedzialności .………………………...............

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

 Miejscowość, data Podpis osoby/osób upoważnionej/nych

 do reprezentowania