

**WOJEWÓDZKIE CENTRUM PEDIATRII „KUBALONKA”
W ISTEbNEJ**

43-470 Istebna 500, **tel.**(33)857-56-00,**fax.**(33)857-56-30

NIP: 548-21-32-121, REGON: 000297260

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

**Zamówienie publiczne prowadzone w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 pkt 1) ustawy z dnia
11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych**

Zamówienie	„Dostawa artykułów spożywczych” nr sprawy: ZP 1/21_
Zamawiający	WOJEWÓDZKIE CENTRUM PEDIATRII „KUBALONKA” W ISTEbNEJ ISTEBNA 500, 43-470 ISTEbNA Tel. 033/857-56-00, Fax. 033/857-56-30
Nazwa, adres siedziby oferenta, adres do korespondencji- jeżeli jest inny od adresu siedziby	
Numer telefonu i faksu, e-mail	
Osoba uprawniona do kontaktów z zamawiającym / nr tel./ adres e-mail	

Wykonawca odpowiada za poprawność wskazanych danych adresowych oraz adresu e-mail.

OFEROWANA CENA	
Kwota netto oferty <i>liczbowo</i>	
VAT <i>liczbowo</i>	
Kwota brutto oferty <i>za wykonanie całości zamówienia</i> <i>liczbowo i słownie</i>	Słownie:
TERMIN REALIZACJI POJEDYNCZEGO ZAMÓWIENIA	
..... dzień/dni	

- Oświadczamy, że cena Naszej oferty **nie przenosi** / przenosi* obowiązku zapłaty części lub całości podatku VAT ze strony wykonawcy na Zamawiającego. /*-niewłaściwe skreślić/
- Oświadczam/y, że jestem/śmy (właściwe zaznaczyć -podkreślić):
mikroprzedsiębiorstwem / małym przedsiębiorstwem / średnim przedsiębiorstwem
Objaśnienie:
 - 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 przedsiębiorstwo: 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.
- Zapoznaliśmy się z Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz postanowieniami umowy i przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy.
- Czujemy się związanymi ofertą przez cały okres związania ofertą.
- Oferujemy wykonanie dostaw objętych zamówieniem, których rodzaj jest zgodny z przedmiotem

**WOJEWÓDZKIE CENTRUM PEDIATRII „KUBALONKA”
W ISTEBNIEJ**

43-470 Istebna 500, **tel.**(33)857-56-00,**fax.**(33)857-56-30

NIP: 548-21-32-121, REGON: 000297260

zamówienia.

6. Zobowiązujemy się wykonać zamówienie sukcesywnie w terminie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy, loco magazyn żywności w siedzibie Zamawiającego.

7. Zamówienie zrealizujemy **sami / przy udziale Podwykonawstwo*** /*-niewłaściwe skreślić/

Należy wskazać część zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom (jeżeli dotyczy)

Lp.	Część zamówienia, których wykonanie zamierza się powierzyć podwykonawcom	Nazwa (firma) podwykonawców (o ile są znani)
1.		
2.		

8. Gwarantujemy niezmiennosć zaoferowanych cen przez cały okres trwania umowy.

9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

10. Informuję, iż odpis lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru jest dostępny/a w formie elektronicznej w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych pod adresem internetowym:

.....
(podać rodzaj dokumentu i adres strony internetowej – jeżeli dotyczy)

Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu przetargowym oświadczenia składamy ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu korzyści majątkowych.

Miejsce, dnia

Podpis osoby/osób uprawnionej/ych

do reprezentowania Wykonawcy

(kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty)