**Załącznik nr 1 do ZO**

**Zamawiający:**

**CENTRALNY INSTYTUT OCHRONY PRACY –**

**Państwowy Instytut Badawczy**

**ul. Czerniakowska 16**

**00-701 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFERTA w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do którego nie mają zastosowania przepisy ustawy Pzp na:**  **„Usługa cateringowa polegająca na przygotowaniu i dostarczeniu posiłków w formie stołu szwedzkiego oraz zapewnienia serwisu kawowego z pełnym wyposażeniem, niezbędnym do konsumpcji wraz z obsługą”**  **znak sprawy: 8-TP-2019** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DANE WYKONAWCY:** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa Wykonawcy:  ……………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres lub siedziba[[1]](#footnote-2) ……………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) | | | | | |  | | | | | | | | |
| Numer NIP (jeśli dotyczy): | | | | | |  | | | | | | | | |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym | | | | | | 1. Imię i nazwisko: ………………………….. 2. tel.: ………………………………………… 3. adres e-mail: ……………………………… | | | | | | | | |
| Nr konta bankowego, na które będzie kierowane wynagrodzenie dla Wykonawcy, w przypadku podpisania umowy | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **OFERUJEMY REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA NA WARUNKACH OKREŚLONYCH W ZAPYTANIU OFERTOWYM ZA:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot zamówienia** | | **Cena jednostkowa netto (za jedną porcję)** | | | **Cena jednostkowa brutto (za jedną porcję)** | | **Ilość porcji** | | | | **Wartość netto**  **w PLN** | **Wartość podatku VAT(%)** | | **Wartość brutto w PLN** |
| Przerwy kawowe | |  | | |  | | 240 | | | |  |  | |  |
| Obiady | |  | | |  | | 240 | | | |  |  | |  |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA (przerwy kawowe + obiady- dla max.120 osób przez 6 dni warsztatowych)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wartość netto** | | | ……………….. zł | | | | | słownie: …………………………………………. | | | | | | |
| **Wartość podatku VAT** | | | (…..% VAT)……zł | | | | | słownie: …………………………………………. | | | | | | |
| **Wartość brutto** | | | ………………… zł | | | | | słownie: …………………………………………. | | | | | | |
| 1. **OŚWIADCZAMY, ŻE:** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego; 2. zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. zapoznaliśmy się z ZO, akceptujemy je w całości i nie wnosimy do niego zastrzeżeń; 4. jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert. 5. w przypadku wyboru naszej oferty, wskazujemy następujące osoby do umieszczenia w umowie, jako reprezentacja Wykonawcy, zgodnie z wpisem w CEiDG / Krajowym Rejestrze Sądowym /udzielonym pełnomocnictwem\*:  * Imię i nazwisko - ……………………………………. * stanowisko/funkcja ………………………………  1. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:   ……………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………   1. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-3) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **WARUNKI UDZIAŁU- PROWADZONA DZIAŁALNOŚĆ** | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam/y, że (zaznaczyć tak/nie\*):  - posiada aktualne zezwolenie na prowadzenie działalności cateringowej wydane w drodze decyzji, przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, uprawniające do prowadzenia działalności gastronomicznej w zakresie przygotowywania potraw w oparciu o surowce, półprodukty,  - posiada aktualne zezwolenie na prowadzenie działalności cateringowej wydane w drodze decyzji, przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie świadczenia usług cateringowych odpowiednim transportem.   * TAK * NIE   *\*W przypadku braku zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie spełnia w/w warunku.* | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **WARUNKI UDZIAŁU- WYKAZ WYKONANYCH USŁUG** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Miejsce wykonania/**  **wykonywania i nazwa podmiotu na rzecz którego była wykonana/**  **wykonywana usługa\*** | | | **Liczba osób (uczestników szkoleń, konferencji, seminariów lub podobnych spotkań) dla których świadczono usługę** | | | | | | **Przedmiot usługi**  **(Opis potwierdzający spełnienie warunku)** | | | **Termin wykonania usług (rozpoczęcie zakończenie dd/mm/rrrr)** | |
| 1. |  | | |  | | | | | |  | | |  | |
| 2. |  | | |  | | | | | |  | | |  | |
| … |  | | |  | | | | | |  | | |  | |
| *\*W przypadku braku wskazania min. 2 usług Zamawiający uzna, że Wykonawca nie spełnia w/w warunku.* | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **KRYTERIA UDZIAŁU – ASPEKT SPOŁECZNY** | | | | | | | | | | | | | | |
| Składając ofertę w przedmiotowym zamówieniu **oświadczam,** że (właściwe podkreślić)[[3]](#footnote-4):   1. zatrudniam 1 lub więcej osób niepełnosprawnych\* 2. nie zatrudniam żadnej osoby niepełnosprawnej\*   \**Zamawiający rozumie przez osobę niepełnosprawną – osobę spełniającą warunki uzyskania statusu niepełnosprawności określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2018 poz. 511 ze zm.) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub państw, z którymi UE zawarła umowy o równym traktowaniu przedsiębiorców w dostępie do zamówień publicznych; status niepełnosprawnego, określony jest posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności orzeczonym przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, lub orzeczeniem o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.* | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY** | | | | | | | | | | | | | | |
| ........................................  *(miejscowość i data)* | | | | | | | | | *………………………………………………………….*  *(Podpis Wykonawcy/ Pełnomocnika)* | | | | | |

1. *W przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika Wykonawcy.* [↑](#footnote-ref-2)
2. *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).* [↑](#footnote-ref-3)
3. *Brak złożenia oświadczenia, zostanie uznane przez Zamawiającego za zamiar wykonania zamówienia bez zatrudniania osoby niepełnosprawnej. W takim przypadku Wykonawca otrzyma w przedmiotowym kryterium 0 punktów.* [↑](#footnote-ref-4)