**Znak sprawy: DT/2/2023** **Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na **świadczenie usług w zakresie całodobowego i całotygodniowego odbioru zwłok pacjentów zmarłych w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Al. Racławickie 23 i ich przechowywania w chłodni** składam poniższą ofertę:

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa .......................................................................................................................................

siedziba ......................................................................................................................................

NIP…………………………………………..……… REGON .......................................................

Nr telefonu Wykonawcy ........................................................................................................

**Nr telefonu czynny przez 24 godziny na dobę, pod którym będą odbierane zlecenia transportu i przechowywania zwłok** ……………………………….…………………………..

Adres e-mailowy..........................................................................................................

**Data sporządzenia oferty** .......................................................................................

1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia spełniającego wymagania określone w „Zaproszeniu” za sumę cen jednostkowych brutto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Odbiór (wraz z workiem) zwłok niezakaźnych, przechowywanie przez max 72 h licząc od godziny w której nastąpiła śmierć pacjenta, umycie, okrycie i wydanie zwłok osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania |  |
| 2 | Odbiór (wraz z workiem) zwłok zakaźnych, przechowywanie przez max 72 h licząc od godziny w której nastąpiła śmierć pacjenta, umycie, okrycie i wydanie zwłok osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania |  |
| 3 | Każda rozpoczęta następna doba przechowywania, po upływie 72 h od śmierci pacjenta |  |
| 4 | Przewóz zwłok do chłodni Wykonawcy lub do Katedry Zakładu Medycyny Sądowej w Lublinie ul. Jaczewskiego 8, zgodnie z zleceniem Zamawiającego |  |
| **RAZEM** | |  |

1. Proponuje następujące warunki realizacji umowy:

- termin wykonania zamówienia: **48 miesięcy** od dnia 1 marca 2023 r. od godz. 00:00

- warunki płatności: forma płatności – przelew, termin płatności 60 dni od otrzymania faktury

- **odbiór zwłok w ciągu** ……………….…….….. **godzin** od chwili telefonicznego zgłoszenia (max. 2 godziny)

- **ilość miejsc w chłodni do przechowywania zwłok** ……………….………………….………

1. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze tj. (wartość zamówienia, VAT i ewentualnie udzielony rabat)
2. Oświadczam iż, złożona przeze mnie oferta cen jednostkowych będzie obowiązywała przez cały czas trwania umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z dokumentami zaproszenia do złożenia oferty cenowej oraz warunkami realizacji zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach wynikających z niniejszej oferty i według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego oraz w terminie i w miejscu określonym przez Zamawiającego.
5. Przystępując do postępowania na świadczenie usług w zakresie całodobowego i całotygodniowego odbioru zwłok pacjentów zmarłych w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Al. Racławickie 23 i ich przechowywania w chłodni oświadczam/y w imieniu Wykonawcy, że :
6. posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
7. posiadam/y wiedzę i doświadczenie;
8. dysponuję/emy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
9. znajduję/emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na realizację zamówienia.
10. MIEJSCE, w którym znajduje się chłodnia, będąca własnością Wykonawcy:

………………………………………………………………..…………………………………….

*(podać dokładny adres)*

1. Oświadczamy, że upoważnionym pełnomocnikiem do reprezentowania Wykonawcy/ów w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia oraz do podpisywania oferty i innych dokumentów związanych z postępowaniem i podejmowaniem decyzji w imieniu Wykonawcy jest/są:

……………………………………..……………………………………………………………

imię i nazwisko, stanowisko

……………………………………………………………………………………………………

rodzaj upoważnienia

Uwaga: **dokument** potwierdzający, że ofertę podpisała **uprawniona osoba** (np. KRS, pełnomocnictwo, oświadczenie) **załączyć-** o ile ofertę składa pełnomocnik lub przedstawiciel Wykonawcy.

1. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym w sprawie dotyczących oferty jest ...................................................................................................., tel. ................................................... , numer faksu /adres e-mail ……………………………….
2. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym jest................................................................................, tel. ..............................................,
3. Wykaz złożonych dokumentów:

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

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

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

*Podpis osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*