***Załącznik nr 2*** ***do SIWZ***

***(Załącznik nr 3 do Umowy nr …………..z dnia ……………)***

**FORMULARZ OFERTY**

**na świadczenie usługi sprzątania**

**Nr sprawy:** **ABM-ZP-1/2020**

|  |
| --- |
| *………………………………………………**pieczęć Wykonawcy/Pełnomocnika Wykonawcy* |

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***\*w przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców.***

**OFERTA**

**dla Agencji Badań Medycznych**

**ul. Stanisława Moniuszki 1 A, 00-014 Warszawa**

1. W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym składam(y) niniejszą ofertę oświadczając, że oferuję(emy) wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za maksymalną:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ………………………..… PLN**

słownie: ……………..…………………………………………………………………… …/100

zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Maksymalna ilość usług do wykonania w miesiącach**  | **Cena jednostkowa za 1 miesiąc netto (w zł)\*** | **Stawka podatku VAT****(w %)\*\*** | **Cena jednostkowa za 1 miesiąc brutto (w zł)\*** | **Łączna cena netto (w zł)\******(kol.3 x kol.4)*** | **Łączna cena brutto** **(w zł)\******(kol.3 x kol.6)*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | 8 |
| **1.** | Świadczenie usługi sprzątania na 480,97 m2  | 45 |  |  |  |  |  |

Podstawa prawna zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT)\*\* ……...…………… (*jeśli dotyczy*)

**Wykonawca wypełnia poniższą część zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp:**

Nazwa (rodzaj) usługi, która będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego ……………………………………………………………………………… (*jeśli dotyczy*)

Kwota netto usługi, która będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego ……………………………………………………………………………… (*jeśli dotyczy*)

**Uwaga!**

**\*Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku,**

**\*\* Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku,**

**Zamawiający odrzuci oferty, w których Wykonawcy zaoferują ceny netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2019 r. poz. 178).**

1. **Częstotliwość mycia okien (O):**

Oferuję(emy) następującą częstotliwość mycia okien – …………**[[1]](#footnote-1)** (2 lub 4) razy w trakcie trwania umowy.

*Maksymalną liczbę punktów w tym kryterium (tj. 15 pkt) otrzyma Wykonawca, który zaproponuje czterokrotne wykonywanie usługi mycia okien w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, określonymi w OPZ. Jeżeli Wykonawca nie określi częstotliwości mycia okien zgodnie z pkt.15.3.2 SIWZ lit. a-b, to jego oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp. Wykonawca może zaproponować większą częstotliwość niż czterokrotne wykonywanie usługi mycia okien w okresie obowiązywania umowy, ale otrzyma maksymalnie 15 pkt.*

1. **Częstotliwość prania wykładzin dywanowych (W):**

Oferuję(emy) następującą częstotliwość prania wykładzin dywanowych – …………**[[2]](#footnote-2)** (2 lub 4) razy w trakcie trwania umowy.

*Maksymalną liczbę punktów w tym kryterium (tj. 15 pkt) otrzyma Wykonawca, który zaproponuje czterokrotne wykonywanie usługi prania wykładzin dywanowych w trakcie trwania umowy, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, określonymi w OPZ. Jeżeli Wykonawca nie zaproponuje częstotliwości prania wykładzin dywanowych w trakcie trwania umowy zgodnie z pkt 15.3.3. SIWZ lit. a-b, to jego oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp. Wykonawca może zaproponować większą częstotliwość niż czterokrotne wykonywanie usługi prania wykładzin w trakcie trwania umowy, ale otrzyma maksymalnie 15 pkt.*

1. **Doświadczenie osoby sprawującej nadzór nad osobami sprzątającymi (D):**

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do sprawowania nadzoru nad osobami sprzątającymi: …………………………… . Oświadczam(amy), że doświadczenie osoby sprawującej nadzór nad osobami sprzątającymi wynosi …………**[[3]](#footnote-3)** (3, 4 lub 5) lat.

*Maksymalną liczbę punktów w tym kryterium (tj. 10 pkt) otrzyma Wykonawca, który dysponuje i wyznaczy osobę do sprawowania nadzoru nad osobami sprzątającymi, posiadającą 5-letnie doświadczenie w zakresie: sprawowania nadzoru nad osobami sprzątającymi, przeprowadzania kontroli realizacji usług sprzątania, sprawowania nadzoru nad zaopatrzeniem w środki czystości, sprzęt i wyposażenie oraz przeprowadzania kontroli sprawności urządzeń, używanych w ramach realizacji usług sprzątania. Jeżeli Wykonawca nie określi doświadczenia osoby sprawującej nadzór nad osobami sprzątającymi zgodnie z pkt. 15.3.4. SIWZ lit. a-c, to jego oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp. Wykonawca może dysponować osobą, wyznaczoną do sprawowania nadzoru nad osobami sprzątającymi, posiadającą większe niż 5-letnie doświadczenie, ale otrzyma maksymalnie 10 pkt.*

1. Wadium wpłacone w pieniądzu należy zwrócić na rachunek bankowy w ……………………
Nr ………………………………………...…. . (*dotyczy Wykonawców, którzy wnieśli wadium w pieniądzu*)
2. Zamówienie w zrealizuję(emy):

**[ ] [[4]](#footnote-4) BEZ** udziału Podwykonawców;

**[ ] 5** z udziałem niżej wskazanych Podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma Podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone Podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. Cena wskazana w pkt 1 obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszty robocizny, koniecznego sprzętu, zakupu atestowanych środków czystości oraz wyposażenia i materiałów niezbędnych do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, koszty ubezpieczenia oraz wszelkie należne cła i podatki.
2. Przedmiot zamówienia zrealizuję(emy) w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych w SIWZ.
3. Zapoznałem(łam)(liśmy) się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią SIWZ
i akceptuję(emy) go bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/ naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w nim przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie przez niego wyznaczonym.
4. Oferta jest dla mnie/nas wiążąca przez okres 30 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.
5. Oświadczam(y), że:

**[ ] [[5]](#footnote-5)** jestem(śmy)

**[ ] 6** nie jestem(śmy)

małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*(mały przedsiębiorca oznacza przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą; średni przedsiębiorca oznacza przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą; Informacje wymagane wyłącznie do celów statystycznych*.

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….(miejscowość i data) | .…………..………….………………………..….(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 1 do Formularza oferty***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usługi sprzątania**  |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZP-1/2020** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE**

**o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

1. **W zakresie braku podstaw do wykluczenia:**

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczam(y), że brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania z powodu niespełniania przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 – 23 i ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA (jeżeli dotyczy):**

Oświadczam(y), że w stosunku do następującego(ych) podmiotu(tów), na którego(ych) zasoby powołuję(emy) się w niniejszym postępowaniu, tj.:

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

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA (jeśli dotyczy):**

Oświadczam(y), że w stosunku do następującego(ych) podmiotu(tów), będącego(ych) podwykonawcą(ami):

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

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

Instrukcja wypełniania:

wypełnić we wszystkich wykropkowanych miejscach

1. **W zakresie braku podstaw do wykluczenia:**

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczam(y), że spełniamy warunki udziału w postępowaniu.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW (jeżeli dotyczy)**:

Oświadczam(y), że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, polegam(y) na  zasobach następującego(ych) podmiotu(ów):

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

w następującym zakresie:

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

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

Instrukcja wypełniania:

wypełnić we wszystkich wykropkowanych miejscach

***Załącznik nr 4 do SIWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABM-ZP-1/2020**  |
|  |  |
| **Wykonawca(y):** |  |
| (Nazwa i adres)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* 1. **Wykaz wykonanych lub wykonywanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej dwóch usług na rzecz przedsiębiorstw/instytucji publicznych o łącznej wartości nie mniejszej niż 200 000,00 zł brutto, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt 10.1.2.3. SIWZ.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano usługę lub na rzecz którego jest wykonywana usługa | Opis przedmiotu umowy/zamówienia (usługi) | Termin(y) wykonania/realizacji usługi (data początkowa – data końcowa) | Wartość wykonanej/realizowanej usługi brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**W celu potwierdzenia należytego wykonania ww. usług wykonawca dołącza referencje bądź inny dokument wystawiony przez Klienta, potwierdzający należyte wykonanie, wysokość wynagrodzenia oraz terminy realizacji.**

**UWAGA:**

**\*Przez „dwie usługi” Zamawiający rozumie usługi realizowane w ramach dwóch odrębnych zamówień/ umów.**

**PODPIS(Y):**

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

(miejscowość, data, podpis(y))\*

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z:

1. zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub
2. pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usługi sprzątania**  |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZP-1/2020** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**oświadczenie wykonawcy dotyczące grupy kapitałowej**

**- zgodnie z pkt 11.1.2. SIWZ oraz art. 24 ust. 11 ustawy Pzp.**

***(niniejsze oświadczenie Wykonawca składa w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej informacji,
o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp)***

**Oświadczam(y) o:**

* **braku przynależności do jakiejkolwiek grupy kapitałowej**\*

**po uzyskaniu wiedzy o kręgu Wykonawców uczestniczących w niniejszym postępowaniu składam(y) oświadczenie o:**

* **przynależności do tej samej grupy kapitałowej**\*

**z Wykonawcą** (*podać nazwę i adres*) **…………………………………………………………………**

* **Braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**\*

*\*niepotrzebne skreślić*

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

***Załącznik nr 6 do SIWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usługi sprzątania**  |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZP-1/2020** |

**Wykonawca[[6]](#footnote-6)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**oświadczenie W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W art. 13 LUB art. 14 RODO**

1. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO**[[7]](#footnote-7)** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
2. Oświadczam(y), że nie przekazuję(emy) danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/ nas dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO. \*

*\*niepotrzebne skreślić*

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *podpis i pieczątka imienna osoby uprawnionej do występowania w obrocie prawnym*

1. Należy wypełnić w wykropkowanym miejscu poprzez wpisanie odpowiednio: **„2”** lub **„4”**, zgodnie z SIWZ. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić w wykropkowanym miejscu poprzez wpisanie odpowiednio: **„2”**, lub **„4”**, zgodnie z SIWZ. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wypełnić w wykropkowanym miejscu poprzez wpisanie odpowiednio: **„3”**, **„4”** lub **„5”**, zgodnie z SIWZ. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia tabele powielić odpowiednio do liczby Wykonawców wspólne składających ofertę. [↑](#footnote-ref-6)
7. 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). [↑](#footnote-ref-7)