# A:\1.jpg

**OFERTA**

**(wykonawcy będącego osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej)**

WYKONAWCA

Imię, nazwisko:..................................................

Adres: ...........................................................................

NIP: ..............................

PESEL:……………………………………………………

ZAMAWIAJĄCY

Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim

ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 37

11-100 Lidzbark Warmiński

Nawiązując do ogłoszonego przetargu nieograniczonego na **usługę kierowcy ambulansu Zespołu Ratownictwa Medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim**

oferuję wykonywanie zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w SIWZ.

1. Oferuję następującą cenę za realizację przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRZEDMIOT**  **ZAMÓWIENIA** | **Liczba godzin świadczenia usługi kierowcy \*)** | **Cena jednostkowa brutto za  1 godzinę świadczenia usługi kierowcy** | **Cena jednostkowa brutto za  1 godzinę świadczenia usługi kierowcy**  **powiększona o należne składki na ubezpieczenia społeczne/ inne obowiązkowe obciążenia wynagrodzenia finansowane przez Zamawiającego z jego środków**  **( jeśli dotyczy)** | **Wartość brutto**  **(kol. 2 x kol. 4**  **albo**  **kol. 2 x kol. 3)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Część Nr …. |  |  |  |  |
| Część Nr …. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*) należy wpisać liczbę godzin świadczenia usługi w całym okresie realizacji zamówienia,, tj. w ciągu 12 miesięcy., np.: na Część 1: 144 godz x 12 miesięcy realizacji zamówienia = 1728 godz..

2. Wykonawca wymienia rodzaj i stawki % doliczanych składek/ innych obciążeń wynagrodzenia (jeśli wypełnia kol. 4 powyższej Tabeli):

**- (tytuł)…………………….(stawka %)…………………………..**

**- (tytuł)…………………….(stawka %)…………………………..**

**- (tytuł)…………………….(stawka %)…………………………..**

1. **Termin realizacji zamówienia: nie wcześniej niż od 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r.**
2. Czy Wykonawca uzyskuje miesięcznie co najmniej minimalne wynagrodzenie w wysokości 2 250,00 zł brutto z tytułu zatrudnienia na umowę o pracę lub umowę zlecenie – **wpisać TAK lub NIE) - …….**
3. **Doświadczenie w kierowaniu pojazdem uprzywilejowanym w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (ZRM typu P lub S lub N):**

- od **0** miesięcy **do 11** miesięcy (wpisać ile) -………….. ; typ ZRM (wpisać)-………….

- **od 12** miesięcy **do 23** miesięcy ( wpisać ile) -…………oraz średniomiesięczna liczba godzin świadczenia usług – min. 48 godzin ( wpisać ile) -……….. ; typ ZRM (wpisać)-…………

- **od 24 miesięcy i więcej** ( wpisać ile) -…………oraz średniomiesięczna liczba godzin świadczenia usług – min. 48 godzin ( wpisać ile) -……….. ; typ ZRM (wpisać) -……………….

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia   
   i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczam, że akceptuję termin płatności rachunku do 21 dni, od dnia wpływu prawidłowo wystawionej rachunku do Zamawiającego.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą, przez okres co najmniej 30 dni licząc od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty oraz,   
   że zapoznałem się z warunkami zawartymi w SIWZ i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że akceptuję warunki określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik   
    nr 5 do SIWZ oraz, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy zgodnej z przedstawionym projektem.
6. Oświadczam, że:

* Zapoznałem się z treścią Informacji o przetwarzaniu danych osobowych- stanowiącą zał. Nr 6 do SIWZ,

1. Osobą uprawnioną do udzielania informacji na temat złożonej oferty, składania wyjaśnień jest

……………………….…………, tel……………….……, e-mail……………………..…………..

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. .
2. .
3. .

……. …………………………………………….

*(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*