***Załącznik nr1 do zapytania ofertowego nr 60/CIEM/DFZ/2017***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………………………………………….*  *pieczęć Wykonawcy* | | ***ZAPYTANIE OFERTOWE NR 60/CIEM/DFZ/2017*** |
| Nazwa Wykonawcy: |  | |
| Adres: |  | |
| REGON: |  | |
| NIP: |  | |
| Telefon, e-mail : |  | |
| Osoba reprezentująca Wykonawcę: |  | |

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Niniejszym, po zapoznaniu się z zapytaniem ofertowym, składam ofertę na realizację zamówienia polegającego na świadczeniu usług cateringowych opisanych w części II „OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA” w ramach Zapytania ofertowego nr ***60/CIEM/DFZ/2017,*** oświadczamy, że w/w przedmiot zamówienia zobowiązujemy się zrealizować w zakresie ustalonym w umowie, za następującą cenę:

| **Termin usługi** | **Nazwa usługi** | **Koszt usługi w przeliczeniu na 1 osobę** | | | **Ilość osób** | **Koszt usługi łącznie  (koszt usługi 1 os x ilość osób)** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Cena VAT** | **Cena brutto** | **Cena netto** | **Cena VAT** | | **Cena brutto** |
| **15.12.2017r.**  **16.12.2017r.** | **Przerwa kawowa** |  |  |  | **20 osób x 2 dni = 40 osób** |  |  | |  |
| **Lunch** |  |  |  | **20 osób x 2 dni = 40 osób** |  |  | |  |
| **19.12.2017r.** | **Przerwa kawowa** |  |  |  | **33 osoby** |  |  | |  |
| **Lunch** |  |  |  | **33 osoby** |  |  | |  |
| **RAZEM** |  |

Wraz z ofertą przedstawiam w załączeniu następującą ilość referencji ……………

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. Oświadczam, że w przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w Zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczam, że zamówienie w całości wykonam siłami własnymi.
5. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania tych uprawnień
6. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
7. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej / nie zapewniającej\* wykonania zamówienia
8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że posiadam, kwalifikacje niezbędne do prowadzenia zajęć dydaktycznych, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą.
9. Niniejszym oświadczam, że Oferent nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

*……………………………………….………..…………….* …………………………………………………….………..…

Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy do podejmowania decyzji