***Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 33/CSM-ENDO/2019/DFZ***

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………………………….**pieczęć Wykonawcy* | ***ZAPYTANIE OFERTOWE NR 33/CSM-ENDO/2019/DFZ*** |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres: |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |
| Telefon, e-mail : |  |
| Osoba reprezentująca Wykonawcę:  |  |

**Uwaga: dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Niniejszym, po zapoznaniu się z zapytaniem ofertowym, składam ofertę na realizację zamówienia polegającego na świadczeniu usług cateringowych wskazanych w załączniku nr 1 „OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA” w ramach Zapytania ofertowego
nr **33/CSM-ENDO/2019/DFZ*,*** oświadczamy, że w/w przedmiot zamówienia zobowiązujemy się zrealizować w zakresie ustalonym w umowie, za następującą cenę:

| **Część 1****Kurs****Endolaparoskopia** | **Termin usługi** | **Nazwa usługi** | **Ilość osób** | **Wartość netto**  | **Cena VAT** | **Wartość brutto** | **Cena jednostkowa brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **09.11.201910.11.2019** | **Przerwa kawowa** | **26 osób x 2 dni = 52 osoby** |  |  |  |  |
| **Lunch** | **26 osób x 2 dni = 52 osoby** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

Część 1: słownie wartość brutto: ..........................................................................................................

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

| **Część 2****Zajęcia dodatkowe** | **Termin usługi** | **Nazwa usługi** | **Ilość osób** | **Wartość netto**  | **Cena VAT** | **Wartość brutto** | **Cena jednostkowa brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **15.11.2019** | **Przerwa kawowa** | **33 osoby**  |  |  |  |  |
| **Lunch** | **33 osoby**  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

Część 2: słownie wartość brutto: ..........................................................................................................

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

| **Część 3** **Międzyuczelniane Zawody Stomatologiczne** | **Termin usługi** | **Nazwa usługi** | **Ilość osób** | **Wartość netto**  | **Cena VAT** | **Wartość brutto** | **Cena jednostkowa brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **06.12.201907.12.2019** | **Przerwa kawowa** | **20 osób x 2 dni = 40 osób**  |  |  |  |  |
| **Lunch** | **20 osób x 2 dni = 40 osób** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

Część 3: słownie wartość brutto: .........................................................................................................

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

| **Część 4****Zajęcia dodatkowe** | **Termin usługi** | **Nazwa usługi** | **Ilość osób** | **Wartość netto**  | **Cena VAT** | **Wartość brutto** | **Cena jednostkowa brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **13.12.2019** | **Przerwa kawowa** | **33 osoby**  |  |  |  |  |
| **Lunch** | **33 osoby**  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

Część 4: słownie wartość brutto: ..........................................................................................................

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

**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\* niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej / nie zapewniającej\* wykonania zamówienia
7. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w moje ofercie i załącznikach do niej są zgodne z prawdą.
8. 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