***Załącznik Nr 2*** ***do SIWZ***

**Znak sprawy:** **ZER-ZP-17/2018**

**FORMULARZ OFERTY**

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

**Wykonawca\***

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

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

**OFERTA**

**dla Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**ul. Pawińskiego 17/21, 02-106 Warszawa**

**W odpowiedzi na ogłoszenie przetargu nieograniczonego na** „***Świadczenie usługi gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjno-transportowo-szkoleniowej na pięciodniowym spotkaniu szkoleniowym dla pracowników komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz pracowników Wydziału Logistyki Komisji Lekarskich***” **składamy niniejszą ofertę oświadczając, że:**

1. Oferujemy wykonanie całego zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 1 do SIWZ za:

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

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

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu umowy, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |
| --- |
| **KALKULACJA dotycząca świadczenia usług hotelarsko-gastronomiczno-konferencyjno-transportowo-szkoleniowych w terminie 11-15 czerwca 2018 r.** |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Ilość dni/****świadczeń** | **Ilość osób/****sal/usług** | **Cena jednostkowa netto\*** | **Wartość netto\* /kolumna 3x4x5/** | **Stawka VAT\*\*** | **Wartość VAT\*** | **Cena całkowita brutto (wartość brutto)\* /kolumna 6+8/** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| 1. | Koszty stałe - sala konferencyjna, trener, transport, obsługa i inne (VAT 23%) | 1 | 1 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 2. | Koszty stałe - sala konferencyjna, trener, transport, obsługa i inne (VAT 8%) | 1 | 1 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 3. | Koszty stałe - sala konferencyjna, trener, transport, obsługa i inne (VAT -zwolnione) | 1 | 1 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 4. | Koszt usługi hotelowej - nocleg wraz ze śniadaniem (VAT 23%) | 4 | 95 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 5. | Koszt usługi hotelowej - nocleg wraz ze śniadaniem (VAT 8%) | 4 | 95 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 6. | Koszt usługi hotelowej - nocleg wraz ze śniadaniem (VAT - zwolniony) | 4 | 95 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 7. | Koszt usługi gastronomicznej - serwis kawowo-herbaciany, obiad, kolacja (VAT 23%) | 4 | 95 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| 8. | Koszt usługi gastronomicznej - serwis kawowo-herbaciany, obiad, kolacja (VAT 8%) | 4 | 95 | …………… | ………….… | …………… | …………… | …………… |
| 9. | Koszt usługi gastronomicznej - serwis kawowo-herbaciany, obiad, kolacja (VAT - zwolniony) | 4 | 95 | …………… | …………… | …………… | …………… | …………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do 9)** | …………………………………………………………………… |
| **SŁOWNIE:** | …………………………………………………………………… |

**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 jednostkowe netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014r. *o informowaniu o cenach towarów i usług*
(dz. u. z 2014r. poz. 915, z późn. zm.)).

Podstawa prawna zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT)…….……………….………..(proszę wpisać).

1. Określone w kolumnie nr 4 niniejszego formularza ofertowego **ilości osób są szacunkowe i mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb Zamawiającego, na co Wykonawca wyraża zgodę i nie będzie rościł sobie prawa do dochodzenia odszkodowania z tytułu zmian ilości osób w trakcie realizacji zamówienia.**
2. Osoby upoważnione do kontaktów i współpracy przy realizacji umowy:

1. ………………………………………………..……………………………………………………………….…………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/*

2. ………………………………………………..………………………………………………..…………………………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/*

1. Spotkanie szkoleniowe odbędzie się w:

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

*/ proszę wskazać nazwę, adres, numery telefonów do rejestracji /*

1. Obiekt w którym odbędzie się spotkanie szkoleniowe posiada standard hotelu: ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………

*/ proszę wskazać ilość gwiazdek /*

1. Wadium wpłacone w pieniądzu należy zwrócić na rachunek bankowy w ……………………..
nr ………………………………………………………………………… (dotyczy Wykonawców, którzy wnieśli wadium w pieniądzu)
2. Zamówienie zrealizujemy:

**[ ] [[1]](#footnote-1) Bez** udziału podwykonawców;

**[ ] 1** z udziałem niżej wskazanych podwykonawców:

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

1. Cena wskazana w pkt 1 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający na rzecz Wykonawcy w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru naszej oferty.
2. Zamówienie zrealizujemy w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych we Wzorze umowy i w Opisie przedmiotu zamówienia.
3. Zapoznaliśmy się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią SIWZ i akceptujemy go bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w SIWZ przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oferta jest dla Nas wiążąca przez okres 30 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.
5. Oświadczamy, że:

**[ ] [[2]](#footnote-2)** jestem

**[ ] 2** nie jestem

małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*(małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR; średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób
i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza
43 milionów EUR). Informacje powyższe wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………

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

***Załącznik nr 1 do Formularza Oferty***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usługi gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjno-transportowo-szkoleniowej na pięciodniowym spotkaniu szkoleniowym dla pracowników komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz pracowników Wydziału Logistyki Komisji Lekarskich** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ZER-ZP-17/2018** |

**Wykonawca**

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

**OŚWIADCZENIE**

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

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczamy, że

* brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania z powodu niespełniania przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 oraz art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.).

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

* Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SIWZ.

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

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję 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, 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:

1. wypełnić we wszystkich wykropkowanych miejscach.

***Załącznik nr 4 do SIWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr sprawy:** | **ZER-ZP-17/2018** |
|  |  |
| **Wykonawca(y):** |  |
| (Nazwa i adres)……………………………………………………………………………………………………………………………… |

## 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 firm/instytucji/urzędów o wartości nie mniejszej niż 60.000,00 zł brutto każda, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w Rozdziale 10 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 | Wartość wykonanej/realizowanej usługi |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**UWAGA!**

**Zamawiający rozumie przez zwrot „cztery szkolenia” usługi świadczone w ramach 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***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr sprawy:** | **ZER-ZP-17/2018** |
| **Wykonawca(y):** |  |
| (Nazwa i adres)……………………………………………………………………………………………………………………………… |

## Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego – trenera prowadzącego szkolenie specjalistyczne:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Temat szkolenia | Liczba uczestników szkolenia | Czas trwania szkolenia (liczba godzin szkoleniowych) | Termin(y) wykonania/realizacji usługi | Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osoba innego podmiotu) |
|  | **Imię i nazwisko osoby (trenera)** …………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Imię i nazwisko osoby (trenera)** …………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**UWAGA!**

**Zamawiający rozumie przez zwrot „dwie usługi” usługi świadczone 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.
1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację [↑](#footnote-ref-2)