**Załącznik nr 1 do ZO**

**Zamawiający:**

**CENTRALNY INSTYTUT OCHRONY PRACY –**

**Państwowy Instytut Badawczy**

**ul. Czerniakowska 16**

**00-701 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFERTA w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do którego nie mają zastosowania przepisy ustawy Pzp na:**  **„Usługa hotelowa polegająca na zapewnieniu noclegu wraz z śniadaniem w Warszawie”, znak sprawy: 15-TP-2019** | | | | | | |
| 1. **DANE WYKONAWCY:** | | | | | | |
| Nazwa Wykonawcy:  ………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Adres lub siedziba  ………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) |  | | | | |
| Numer NIP (jeśli dotyczy): |  | | | | |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym | 1. Imię i nazwisko: ………………………….. 2. tel.: ………………………………………… 3. adres e-mail: ……………………………… | | | | |
| Nr konta bankowego, na które będzie kierowane wynagrodzenie dla Wykonawcy, w przypadku podpisania umowy |  | | | | |
| **Adres internetowy (link**) wskazujący możliwość zapoznania się z warunkami obiektu, zdjęciami pokoi:  https://…………………………….................................................................................................................  Hotel znajduje się w odległości ………………..od siedziby Zamawiającego. | | | | | |
| 1. **OFERUJEMY REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA NA WARUNKACH OKREŚLONYCH W ZAPYTANIU OFERTOWYM ZA ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:** | | | | | |
| **X** | | **Cena jedn. netto**  **w PLN**  **(1 nocleg/ 1 os wraz z śniadaniem)** | | **Stawka VAT**  **(jeśli dotyczy)** | **Cena jedn. brutto**  **w PLN**  **(1 nocleg/ 1 os wraz z śniadaniem)** |
| **Oferujemy standard hotelu**:  …………………………………………………..  *(nie mniejszy niż określony dla hoteli zaszeregowanych do kategorii Hotel 2 – gwiazdkowy)*  **Doba hotelowa**: od godz. …………do……..  **Wyżywienie:** śniadanie wliczone w cenę, według hotelowego menu. Wydawane od godz. ……….do godz. ………… | |  | |  |  |
| 1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA (28 NOCLEGÓW X CENA JEDN. NOCLEGU)** | | | | | |
| Wartość netto | | ……………….. zł | | słownie:………………………… | |
| Wartość podatku VAT | | (…..% VAT)  …………zł | | słownie:…………………………… | |
| **Wartość brutto** | | ……………… zł | | słownie:…………………………… | |
| 1. **OŚWIADCZAMY, ŻE:** | | | | | |
| 1. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego; 2. zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. zapoznaliśmy się z ZO, akceptujemy je w całości i nie wnosimy do niego zastrzeżeń; 4. jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert. 5. w przypadku wyboru naszej oferty, wskazujemy następujące osoby do umieszczenia w umowie, jako reprezentacja Wykonawcy, zgodnie z wpisem w CEiDG / Krajowym Rejestrze Sądowym /udzielonym pełnomocnictwem**\***:  * Imię i nazwisko - ……………………………………. * stanowisko/funkcja ………………………………  1. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:   ……………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………   1. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu**[[1]](#footnote-2)**.   \**właściwe podkreślić* | | | | | |
| 1. **KRYTERIA UDZIAŁU – ASPEKT SPOŁECZNY** | | | | | |
| Składając ofertę w przedmiotowym zamówieniu **oświadczam,** że (*właściwe zaznaczyć*)[[2]](#footnote-3):   * zatrudniam 1 lub więcej osób niepełnosprawnych\* * nie zatrudniam żadnej osoby niepełnosprawnej\*   \**Zamawiający rozumie przez osobę niepełnosprawną – osobę spełniającą warunki uzyskania statusu niepełnosprawności określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018 poz. 511 ze zm.) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub państw, z którymi UE zawarła umowy o równym traktowaniu przedsiębiorców w dostępie do zamówień publicznych; status niepełnosprawnego, określony jest posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności orzeczonym przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, lub orzeczeniem o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.* | | | | | |
| 1. **PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY** | | | | | |
| .......................................  *(miejscowość i data)* | | | *………………………………………………………….*  *(Podpis Wykonawcy/ Pełnomocnika)* | | |

1. *W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).* [↑](#footnote-ref-2)
2. *Brak złożenia oświadczenia, zostanie uznane przez Zamawiającego za zamiar wykonania zamówienia bez zatrudniania osoby niepełnosprawnej. W takim przypadku Wykonawca otrzyma w przedmiotowym kryterium 0 punktów.* [↑](#footnote-ref-3)