Załącznik nr 1

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

FORMULARZ OFERTY

Śląskie Centrum

Chorób Serca w Zabrzu

ul. M. C. Skłodowskiej 9

41-800 Zabrze

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu na Usługę ochrony mienia i obiektów szpitala (spr. nr 3/EZP-US/20), oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym warunkami zamówienia za kwotę :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr posterunku | Zestawienie obiektów SCCS podlegających usłudze ochrony | Godziny pracy posterunku | Cena jednostkowa netto/mc | VAT  % | Wartość netto ogółem za 24mc | Wartość brutto ogółem za 24mc |
| 1. | Pawilon A przy ul. Szpitalnej 2 oraz sąsiadujący z nim Pawilon D, mieszczący się przy ul. Szpitalnej 17, wraz z terenem (m.in. ściany, urządzenia zewnętrzne) | 24h |  |  |  |  |
| 2. | Pawilon B przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 (wejście główne), wraz z przyległym terenem | 24h |  |  |  |  |
| Pawilon B przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 (wejście do Zespołu Poradni Specjalistycznych), wraz z przyległym terenem | 8h (w godzinach od 7:30 do 15:30, tylko w dni robocze) |  |  |  |  |
| 3. | Pawilon B przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 (Izba Przyjęć, wjazd od ul. Jagiellońskiej), wraz z przylegającym terenem | 24h |  |  |  |  |
| 4. | Pawilon C przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 (wejście główne), wraz z przyległym terenem | 24h |  |  |  |  |
| 5. | Parking przy ul. Dąbrowskiego wraz z zapleczem kontenerowym i budynkiem garaży | 24h |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |

Posiadam własną grupę interwencyjną : Tak / Nie ( skreślić niepotrzebne ).

Termin płatności ustalamy do 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Istotnych Warunkach Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.

2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w istotnych warunkach zamówienia.

4. Oświadczamy, że zawarty w istotnych warunkach w zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załączniku nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala.

6. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………

7. Posiadamy polisę ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności będącej przedmiotem zamówienia z sumą gwarancyjną ……………………… zł (podać kwotę jeżeli dotyczy, kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem w załączeniu).

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ..................................................

2. ..................................................

3. ..................................................

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

(podpis upełnomocnionego przedstawiciela lub

kwalifikowany podpis elektroniczny )

Załącznik nr 2

dot. sprawy znak 3/EZP-US/20

……………………..

(nazwa Wykonawcy)

I OŚWIADCZENIE

I. Składając ofertę oświadczam, że:

1. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie konieczne dla realizacji zamówienia.

2. Dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

3. Oferta złożona przez Wykonawcę, którego reprezentuję nie podlega odrzuceniu na podstawie zapisów Rozdziału III pkt. 16.4).

..................................., dn. ........................

……………………………………………………..

(podpis upełnomocnionego przedstawiciela lub

kwalifikowany podpis elektroniczny )

Załącznik nr 4

Wykaz usług

zgodny z wymogami specyfikacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa i adres**  **Zleceniodawcy/ odbiorcy** | **Okres realizacji** | **Przedmiot usługi** | **Wartość usługi** | | **1.** |  |  |  |  | | **2.** |  |  |  |  | | **3.** |  |  |  |  |   **W załączeniu dokumenty potwierdzające, że usługi te zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**  Miejscowość ……………………………. Dnia……………………………………… |

Dokument składany w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

**Załącznik nr 5**

**ZAKRES CZYNNOŚCI**

**Zadania codzienne pracownika Wykonawcy**

1. Obserwacja osób wchodzących i wychodzących oraz reagowanie na nietypowe zachowanie się osób znajdujących się na terenie Szpitala.
2. Zapewnienie bezpieczeństwa mienia i w obiekcie Szpitala.
3. Strzeżenie obiektów, urządzeń i pojazdów na parkingu.
4. Nie dopuszczanie do wynoszenia i dewastacji urządzeń stanowiących wyposażenie Szpitala, zarówno na terenie obiektów jak i umiejscowionych na elewacji budynków.
5. Egzekwowanie od pracowników Zamawiającego, pacjentów i osób odwiedzających zakazów, nakazów i postanowień Dyrektora, dotyczących bezpieczeństwa, porządku   
   i ładu.
6. Obsługa parkingu przy ul. Dąbrowskiego 2 – sprzedaż biletów parkingowych (obsługa kasy fiskalnej).
7. Monitoring systemów alarmowych na terenie Szpitala.
8. Obchód terenu Szpitala i nadzór nad mieniem znajdującym się na terenie posesji.
9. W okresie zimowym w godzinach nocnych oraz w soboty, niedziele i święta odśnieżanie oraz posypywanie ciągów pieszych prowadzących do budynków.

………………………………..

Podpis Zleceniobiorcy

**ZAKRES CZYNNOŚCI**

**Obsługa kasy fiskalnej przez pracownika Wykonawcy**

1. Obowiązkiem pracownika Wykonawcy jest każdorazowe zarejestrowanie wjazdu pojazdu innego niż pojazdy pracowników SCCS.

………………………………..

Podpis Zleceniobiorcy

Załącznik nr 6

……………………………..

pieczęć innego podmiotu

**ZOBOWIĄZANIE INNEGO PODMIOTU\***

Niniejszym zobowiązuję się do oddania Firmie (dane Wykonawcy):

……………………………………..

……………………………………..

do dyspozycji niezbędnych zasobów do wykonania zamówienia

- ………………………………..

- …………………….. ………...

- ………………………………...

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia w postępowaniu prowadzonym w przetargu nieograniczonym pn.:

**„Usługa ochrony mienia i obiektów szpitala”**

Zasoby ………………………… w zakresie usług wskazanych w IWZ

dla ww. Firmy w ww. postępowaniu zamieszam udostępnić w następujący sposób (*podać opis*):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………… …………………………………………..

data podpis osoby uprawnionej

*\* wypełnić, jeżeli dotyczy*