

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: **Adaptacja pomieszczeń oddziałów w Szpitalu przy ul. Przybyszewskiego 49 dla celów relokacji Oddziałów z ul. Grunwaldzkiej.**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **DZP/14/2024**

1. ZAMAWIAJĄCY:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

2. WYKONAWCA: *

Przedsiębiorstwo Ogólnobudowlane

ARTBUD Sp. z o. o.

ul. Samuela Lindego 6

60-573 Poznań

NIP 7811932089 REGON 365192057

KRS 0001055993 . michal.przybylski@artbud.biz

Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym)

Mikroprzedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR	
Małe przedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR	
Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, 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.	
Żadne z powyższych	

Pochodzę z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej: **~~TAK~~/NIE****

Pochodzę z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **~~TAK~~/NIE****

3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko:	Nr telefonu:
Adres: Michał Przybylski	Adres e-mail: michal.przybylski@artbud.biz

4. JA (MY) NIŻEJ PODPISANY(I) OŚWIADCZAM(Y), ŻE:

- 1) zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- 2) spełniam warunki udziału w postępowaniu,
- 3) gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- 4) niniejsza oferta wiąże mnie/nas przez **30 dni** od upływu ostatecznego terminu składania ofert.
- 5) akceptuję(emy) bez zastrzeżeń **wzór umowy**,
- 6) w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jaki zostanie wskazane przez Zamawiającego lub podpisać ją podpisem kwalifikowanym,
- 7) ~~Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie*** Wartość wynosi:***~~
- 8) **nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / ~~następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom**.~~**

lp.	Część/zakres zamówienia	Nazwa (firma) podwykonawcy
1.		
2.		

Część Formularza oferty – formularz cenowy

Oferujemy wykonanie robót budowlanych za cenę – wynagrodzenie ryczałtowe:

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena netto ogółem	Wartość podatku VAT ogółem	Stawka podatku VAT	Cena Brutto Ogółem
Pakiet nr 1		X	X	X	X
1.1	Oddział Okulistyczny	874 450,89	201 123,70	23%	1 075 574,59
1.2	Poradnia Okulistyczna i Administracja	831 180,53	191 171,16	23%	1 022 351,69
Pakiet nr 2		X	X	X	X
2.1	Oddział Gastroenterologii	1 196 221,16	275 130,86	23%	1 471 352,02
Pakiet nr 3		X	X	X	X
3.1	Blok Operacyjny	2 061 832,81	474 221,54	23%	2 536 054,35
Pakiet nr 4		X	X	X	X
4.1	Pomieszczenia Zespołu Poradni – przyziemie	490 587,93	112 835,22	23%	603 423,15
Suma		5 454 273,00	1 254 482,79	23%	..6 708 755,80

Łączna cena – wynagrodzenie ryczałtowe za wykonanie Przedmiotu Zamówienia

Netto: 5 454 273,00. zł; (słownie): Pięć milionów czterysta pięćdziesiąt cztery tysiące dwieście siedemdziesiąt trzy złote, 00/100gr.; plus 23% podatku VAT w kwocie 1 254 482,79. zł; czyli **Cena ofertowa** wynosi brutto: ..6 708 755,80 zł; słownie:..Sześć milionów siedemset osiem tysięcy siedemset pięćdziesiąt pięć złotych , 80/100gr.

***Należy wypełnić pola dotyczące Pakietu/Pakietów na które składa się ofertę.**

- a) Oświadczamy, iż oferujemy **gwarancję** na 60 miesięcy.

*Okres gwarancji należy podać w pełnych miesiącach, przy czym gwarancja minimalna nie może być krótsza niż 24 m-cy.

Podanie krótszego okresu spowoduje odrzucenie oferty. Niepodanie w ofercie okresu gwarancji będzie traktowane, jako zaoferowanie 24 miesięcy gwarancji i rękojmi.

Okres gwarancji dłuższy niż 60 m-cy dla potrzeb obliczenia punktacji będzie traktowany jako 60 m-cy. Do Umowy przyjęty będzie okres gwarancji podany w ofercie.

- b) Oświadczamy, iż **wykonamy przedmiot zamówienia dla Pakietu nr 1,2,3,4 w terminie** wg tabeli poniżej . Dni (podać ilość dni):

Lp.	Przedmiot zamówienia	Maksymalne termin realizacji przedmiotu zamówienia			TERMIN WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WSKAZANY PRZEZ WYKONAWCĘ	
		Rozpoczęcie	Zakończenie	Maksymalna ilość dni realizacji przedmiotu zamówienia	Rozpoczęcie (* podać datę rozpoczęcia realizacji zamówienia)	Zakończenie (* podać datę zakończenia realizacji zamówienia)
Pakiet nr 1		22.04.2024 r.	09.08.2024 r.	109	22.04.2024	26.07.2024
1.1	Oddział Okulistyczny					
1.2	Poradnia Okulistyczna i Administracja					
Pakiet nr 2		29.04.2024 r.	26.07.2024 r.	88	29.04.2024	19.07.2024
.2.1	Oddział Gastroenterologii					
Pakiet nr 3		22.04.2024 r.	09.08.2024 r.	109	22.04.2024	19.07.2024
3.1	Blok Operacyjny					
Pakiet nr 4		29.04.2024	24.05.2024	25	29.04.2024	20.05.2024
4.1	Pomieszczenia Zespołu Poradni – przyziemie					

**Zamawiający zastrzega możliwość przesunięcia terminów rozpoczęcia realizacji przedmiotu zamówienia, które uzależnione są od przeniesienia i uruchomienia konkretnych oddziałów w nowych budynkach szpitala przy ul. Grunwaldzkiej 55*

**Pola zaznaczone kolorem żółtym wypełnia Oferent!!!*

**Należy wypełnić pola dotyczące Pakietu/Pakietów na które składa się ofertę.*

c) Oświadczamy, że **Kierownik budowy** ma doświadczenie - 5..lat.

Lp.	Dane Kierownika budowy (Imię i nazwisko)	Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie (data wydanych uprawnień oraz specjalność)	Robota budowlana (tytuł zadania)	Wartość roboty budowlanej	Dane Zamawiającego	Data pełnienia funkcji Kierownika Budowy
1.	Michał Przybylski	Uprawnienia budowlane w specjalności konstrukcyjno budowlanej z dnia 18.06.2018 Doświadczenie – 5 lat.	Modernizacja Budynku DPS ul. Konarskiego	1546243,24	Miasto Poznań	2.11.2022 18.05.2023
2.						

Podpis(y):****

* Uwaga: w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (Pełnomocnik/Lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną.

** Uwaga – niepotrzebne skreślić.

*** Uwaga: wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w przeciwnym razie pozostawić niewypełnione.

**** Uwaga – zgodnie z zasadami określonymi w SWZ!