

## 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: \*

Nazwa wykonawcy: **INWEST LIM Sp. z o.o. Sp. k.**

Siedziba wykonawcy: **62-081 Przeźmierowo, Wysogotowo, ul. Bukowska 41B**

Adres wykonawcy: **62-081 Przeźmierowo, Wysogotowo, ul. Bukowska 41B**

Województwo: **wielkopolskie**

REGON: **634630983** NIP: **7772808378**

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: **KRS 0000433192**

**Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym)**

<b>Mikroprzedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR</b>	<b>x</b>
<b>Małe przedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR</b>	
<b>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.</b>	
<b>Żadne z powyższych</b>	

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:

<b>Imię i nazwisko:</b> <b>Piotr Witkowski</b>	<b>Nr telefonu:</b> <b>510 080 114</b>
<b>Adres:</b> <b>INWEST LIM Sp. z o.o. Sp. k., 62-081 Przeźmierowo, Wysogotowo, ul. Bukowska 41B</b>	<b>Adres e-mail:</b> <b>piotr.witkowski@inwestlim.pl</b>

### 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.	Część robót budowlanych	Na chwilę obecną nieznany
2.	Całość robót sanitarnych	Na chwilę obecną nieznany
	Całość robót elektrycznych	Na chwilę obecną nieznany

## 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
<b>Pakiet nr 1</b>		X	X	X	X
1.1	Oddział Okulistyczny	1 030 000,00 zł	236 900,00 zł	23%	1 266 900,00 zł
1.2	Poradnia Okulistyczna i Administracja	877 000,00 zł	201 710,00 zł	23%	1 078 710,00 zł
<b>Pakiet nr 2</b>		X	X	X	X
2.1	Oddział Gastroenterologii	1 327 000,00 zł	305 210,00 zł	23%	1 632 210,00 zł
<b>Pakiet nr 3</b>		X	X	X	X
3.1	Blok Operacyjny	1 984 077,00 zł	456 337,71 zł	23%	2 440 414,71 zł
<b>Pakiet nr 4</b>		X	X	X	X
4.1	Pomieszczenia Zespołu Poradni – przyziemie	597 457,00 zł	137 415,11 zł	23%	734 872,11 zł
<b>Suma</b>		5 815 534,00 zł	1 337 572,82 zł	23%	7 153 106,82 zł

**Łączna cena – wynagrodzenie ryczałtowe za wykonanie Przedmiotu Zamówienia**

Netto: **5 815 534,00 zł**; (słownie): pięć milionów osiemset piętnaście tysięcy pięćset trzydzieści cztery złote 00/100; plus 23 % podatku VAT w kwocie 1 337 572,82 zł; czyli **Cena ofertowa** wynosi brutto: 7 153 106,82 zł; słownie: siedem milionów sto pięćdziesiąt trzy tysiące sto sześć złotych 82/100

**\*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 w terminie 90 Dni, pakiet 2 – 78 dni , Pakiet 3 – 90 dni, pakiet 4 -25 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 r.	21.07.2024 r.
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 r.	16.07.2024 r.
2.1	Oddział Gastroenterologii					
Pakiet nr 3		22.04.2024 r.	09.08.2024 r.	109	22.04.2024 r.	21.07.2024 r.
3.1	Blok Operacyjny					
Pakiet nr 4		29.04.2024	24.05.2024	25	29.04.2024	24.05.2024
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 – 16 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.	Jarosław Nowaczyk	WKP/0164/OWOK/06  bez ograniczeń  w specjalności  konstrukcyjno – budowlanej	<i>Modernizacja Apteki Szpitalnej – etap I i II</i>	3 738 172,10	<i>Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie</i>	24.11.2020r.  ÷  16.08.2021 r.

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!