Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

**nr sprawy DZP/BZU/316/2019**

**Dotyczy**: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro netto na **Usługi Pocztowe**

**1.** Nazwa i adres Zamawiającego

Szpital Powiatowy w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

tel. 32 67 40 364

www.szpitalzawiercie.pl

email: organizacyjny@szpitalzawiercie.pl

Godziny urzędowania: od 07:25 do 15:00

**2.** Opis przedmiotu zamówienia

1) Usługi Pocztowe:

1. przesyłki listowe nierejestrowane w obrocie krajowym i w obrocie zagranicznym,
2. przesyłki polecone w obrocie krajowym i w obrocie zagranicznym,
3. przesyłki pocztowe z zadeklarowana wartością w obrocie krajowym i w obrocie zagranicznym,
4. paczki pocztowe w obrocie krajowym i obrocie zagranicznym,
5. paczki pocztowe z zadeklarowana wartością w obrocie krajowym i w obrocie zagranicznym

2) Odbiór przesyłek z siedziby Zamawiającego w dni robocze od poniedziałku do piątku.

**3.** Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………………………………………. REGON…………………………………………………….….

Dane do porozumiewania się

Tel ……………………………………………………………………………………………………….……………………………………..

Adres poczty elektronicznej ……………………………………………………………..…………………………………………

**4.** Cena oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MASA LISTU | ZWYKŁY | POLECONY | POLECONY + ZPO |
| Ekonomiczne | Priorytet | Ekonomiczne | Priorytet | Ekonomiczne | Priorytet |
|  | Ilość | Cena | Ilość | Cena  | Ilość | Cena  | Ilość | Cena  | Ilość | Cena | Ilość  | Cena  |
| S do 500 | 6500 |  | 15 |  | 3100 |  | 20 |  | 680 |  |  |  |
| M do 1000 | 130 |  | 5 |  | 1100 |  | 5 |  | 800 |  |  |  |
| L do 2000 | 5 |  | 5 |  | 10 |  | 5 |  | 5 |  |  |  |
| **WARTOŚĆ ŁĄCZNIE:** |  |

Koszt usługi odbioru przesyłek z siedziby Zamawiającego:

a) jednostkowy ……………………………………………………………….

b) roczny …………………………………………………………………………

**5.** Termin wykonania zamówienia – 01.08.2019r. – 31.07.2020r.

**6.** Termin zapłaty za prawidłowo wystawioną i doręczoną fakturę – do 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

**7.** Termin związania ofertą – 12 miesięcy.

**8.** Nazwa banku i nr rachunku bankowego, na który będą dokonane przelewy za wykonaną dostawę …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**9.** Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienie

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………………………………………….

e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

a. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

b. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności, będących przedmiotem zamówienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

c. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Załącznikiem do formularza ofertowego stanowiącym integralną część oferty jest:

Załącznik nr 2 - Istotne postanowienia umowy

……………………………………………………………………………

podpisy osób uprawnionych do reprezentacji

Wykonawcy