**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)