ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

**(uwzgledniający zmianę z dnia 09.11.2023 r.)**

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | ............................................................................................................................... |
| Adres: | ............................................................................................................................... |
| Województwo: | ............................................................................................................................... |
| KRS lub inny organ rejestrowy: | ............................................................................................................................... |
| REGON, NIP: | ............................................................................................................................... |
| Wielkość przedsiębiorstwa: | 1. mikroprzedsiębiorstwo; 2. małe przedsiębiorstwo; 3. średnie przedsiębiorstwo; 4. jednoosobowa działalność gospodarcza; 5. osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej; 6. żadne z powyższych. (właściwe podkreślić) |
| Osoby upoważniona do kontaktu | Imię i nazwisko …......................................; Tel. ....................................... Adres e-mail:....................... |
| Osoba/komórka odpowiedzialna za realizację umowy | Tel. ............................... Adres e-mail: ....................... |

1. Oświadczam, że:
2. akceptuję w całości wszystkie warunki zamówienia zawarte w SWZ;
3. składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z dokumentami zamówienia i projektem umowy;
4. cena oferty zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
5. akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ przedmiotowego postępowania;
6. jestem związany/a niniejszą ofertą do terminu wskazanego w Dziale XII SWZ;
7. przewiduję/nie przewiduję powierzenie podwykonawcom .................................................................... realizacji zamówienia w zakresie …………….;
8. zapoznałem/am się z postanowieniami projektu umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
9. że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
10. Oferuję usługę zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OCHRONA OBIEKTÓW I MIENIA, ZARZĄDZANIE SYSTEMEM TELEWIZJI PRZEMYSŁOWEJ, TRANSPORT WARTOŚCI PIENIĘŻNYCH, DYSKRETNE OSTRZEGANIE, MONITORING SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W KOSZALINIE | | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostka miary | Ilość | Cena jednostkowa netto/miesięcznie | VAT (%) | Cena jednostkowa brutto/miesięcznie | Cena netto/ za 12 miesięcy | Cenna brutto/ za 12 miesięcy |
| 1 | Ochrona fizyczna obiektów i terenu Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie przy ul. Chałubińskiego 7 (Zespół nr 1, 2 zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWZ); w tym zarządzanie systemem telewizji przemysłowej | godzina świadczenia usługi | 19701,50 |  |  |  |  |  |
| 2 | Transport na terenie miasta Koszalina wartości pieniężnych na potrzeby Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie – 2 razy w miesiącu | transport | 24 |  |  |  |  |  |
| 3 | Ochrona w systemie dyskretnego ostrzegania:  Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć Ogólną Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie przy ul. Chałubińskiego 7, | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 4 | Monitoring elektroniczny Przychodni Onkologicznej w Koszalinie przy ulicy Orlej 2 + konserwacja | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 5 | Konserwacja systemu alarmowego SSW oraz monitoring sygnałów alarmowych z budynku „D” - Dział Informatyki | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 6 | Konserwacja systemu alarmowego SSWiN w Aptece Szpitalnej oraz Zakładzie Patomorfologii i Medycyny Sądowej | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 7 | Monitoring elektroniczny budynku „G” wraz z SSWiN Kasy Szpitala + konserwacja | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 8 | Monitoring elektroniczny Poradni Specjalistycznych Szpitala przy ul. Chałubińskiego 7: | | | | | |  | |
| monitoring + konserwacja | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 9 | Obsługa i konserwacja systemu telewizji przemysłowej | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| 10 | Ochrona w systemie dyskretnego ostrzegania: Magazynu Rzeczy Chorego Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie przy ul. Chałubińskiego 7 wraz z dozorem technicznym urządzeń systemu sygnalizacji napadu | ryczałt miesięczny | 12 |  |  |  |  |  |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostka miary | Ilość |  | | | Cena netto | Cenna brutto |
| 11 | Przegląd wraz z wystawieniem protokołu stanu technicznego monitoringu wizyjnego oraz sporządzeniem planu modernizacji | opłata jednorazowa | 1 |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |
| Możliwość bezpiecznego przechowywania w swojej siedzibie wartości pieniężnych będących własnością Szpitala: ⬜ TAK\* ⬜ NIE\* | | | | | | | | |
| Czas reakcji grupy interwencyjnej: ⬜ do 5 minut\* ⬜ do 10 minut\* | | | | | | | | |

\* odpowiednie zaznacza wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt.

dnia ………….……. r.