**Załącznik nr 5 do Zaproszenia**

**Formularz oferty**

***Sukcesywne świadczenie usług transportowo-przeprowadzkowych dla Ministerstwa Rozwoju i Technologii***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: | .......................................................................................................... | | |
| Adres (siedziba) Wykonawcy: | ul. ................................................................ | | nr .................... |
| Kod pocztowy: \_ \_**-**\_ \_ \_ | Miejscowość: .................................. | |
| poczta elektroniczna: ............................ | | |
| nr tel. ........................... | nr fax: ............................ | |

**Składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia:**

Oświadczam/y, że:

* 1. realizuję/my przedmiot zakupu zgodnie z warunkami określonymi w Zaproszeniu oraz opisie przedmiotu zakupu,
  2. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujmy odpowiednimi osobami przygotowanymi do wykonania przedmiotu zakupu, co potwierdzamy dołączeniem wykazu usług wraz z dowodami wykonania oraz wykazem osób skierowanych do realizacji zakupu,
  3. w podanej cenie wliczyliśmy wszystkie koszty związane z pełną i terminową realizacją zakupu, zgodnie  
     z warunkami określonymi w Zaproszeniu oraz opisie przedmiotu zakupu i wzorze umowy,
  4. oferuję/my realizację zakupu zgodnie z cenami jednostkowymi brutto podanymi w tabelach ofertowych, stanowiących Załącznik A do Formularza Ofertowego,
  5. zapoznałem/liśmy się z zakresem przedmiotu zakupu, wymaganiami Zamawiającego dotyczącymi przedmiotu zakupu, zgodnie z warunkami określonymi w Zaproszeniu oraz opisie przedmiotu zakupu  
     i wzorze umowy, oraz otrzymaliśmy od Zamawiającego wyczerpujące informacje i wyjaśnienia potrzebne do sporządzenia oferty,
  6. nie wnoszę/wnosimy żadnych zastrzeżeń do Zaproszenia oraz Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zakupu,
  7. jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
  8. zamierzam/my powierzyć realizację następujących części zamówienia Podwykonawcom\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części Zamówienia do realizacji Podwykonawcy** | **Nazwa/Firma Podwykonawcy** |
|  |  |  |

……………… ………………………………………………………………

(miejscowość, data ) (*podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta* )

*\* jeśli nie dotyczy skreślić*

**Załącznik A do Formularza ofertowego**

**Tabele Ofertowe**

**Tabela A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stawki za realizację przedmiotu zakupu** | | **Cena jednostkowa stawki wyrażona**  **w zł netto** | **Vat**  **(%)** | **Cena jednostkowa stawki wyrażona**  **w zł brutto** | **Waga** | **Cena ważona** (kolumna 5\*6) |
| *1* | *2* | | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Stawka za 1 roboczogodzinę pracownika (jednorazowy czas pracy- minimum 4 godziny) | |  |  |  | 0,7 |  |
| 2. | Stawka za 1 km dla samochodu ciężarowego o DMC **do 3,5 T (jednorazowy czas pracy na terenie Warszawy i okolic** - minimum 4 godzin pracy) | |  |  |  | 0,1 |  |
| 3. | Stawka za 1 km dla samochodu ciężarowego o **DMC do 3,5 T (zastosowanie przy trasach poza Warszawą** - minimum 200km) | |  |  |  | 0,1 |  |
| 4. | Stawka za 1 km dla samochodu ciężarowego o **DMC powyżej 3,5 T (jednorazowy czas pracy na terenie Warszawy i okolic** - minimum 4 godzin pracy) | |  |  |  | 0,05 |  |
| 5. | Stawka za 1 km dla samochodu ciężarowego o **DMC powyżej 3,5 T( zastosowanie przy trasach poza Warszawą** - minimum 200km) | |  |  |  | 0,05 |  |
|  | |  | **Razem** | | | |  |

**Tabela nr B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stawki za realizację przedmiotu zamówienia** | **Cena jednostkowa stawki wyrażona**  **w zł netto** | **Vat**  **(%)** | **Cena jednostkowa stawki wyrażona**  **w zł brutto** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1*.* | *Cena za 1 roboczogodzinę pracownika*  *(przy podjęciu zgłoszenia natychmiastowego – na następny dzień roboczy)* |  |  |  |

**Tabela nr C**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wartość posiadanej polisty ubezpieczeniowej:** | **Zaznaczyć X**  **w odpowiednim wierszu** |
| *1* | *2* | *3* |
| 1. | *o wartości od 500 000,00 zł do 1 000 000,00 zł* |  |
| 2. | *o wartości powyżej 1 000 000,00 zł do 1 500 000,00 zł* |  |
| 3. | *o wartości powyżej 1 500 000,00 zł* |  |

**Tabela nr D**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób zatrudnionych na podstawie UoP:** | **Zaznaczyć X**  **w odpowiednim wierszu** |
| *1* | *2* | *3* |
| 1. | *Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę od 2 do 4 osób* |  |
| 2. | *Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę od 5 do 7 osób* |  |
| 3. | *Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę od 8 do 10 osób* |  |
| 4. | *Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę powyżej 10 osób* |  |

……………………………… ……………………………………………………………………

(miejscowość, data ) (*podpis osób upoważnionych do składania*

*oświadczeń woli w imieniu oferenta* )