|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ** |
| **FORMULARZ OFERTY** |

* + - 1. PRZEDMIOT OFERTY

Oferta dotyczy zamówienia publicznego przyznawanego w trybie podstawowym, na podstawie art. 275, ust 1, ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo Zamówień Publicznych, na warunkach określonych w SWZ, na WYBÓR WYKONAWCY USŁUGI ŻYWIENIA NA RZECZ

PRZEDSZKOLA NR 43 „KOLOROWE” WE WROCŁAWIU

* + - 1. **DANE WYKONAWCY**

*(w przypadku wykonawcy występującego indywidualnie proszę wypełnić poz. 1 w tabeli - w przypadku wykonawców ­składających ofertę wspólną, proszę wypełnić w poszczególnych pozycjach podmioty wchodzące w skład wykonawcy zbiorowego, z tym, że w poz. 1 proszę wyszczególnić pełnomocnika)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa: …………………………………………………………………………………………………………..  |
| ulica ……………………………………………..... | kod …………..  | miejscowość …………………………...  |
| tel.: …………………....  | NIP ………………..…….. | REGON …………………...…………………...……….  |
| e-mail: ………………………………………………… | Skrzynka ePUAP ………………………….………….. |
| 2. | Pełna nazwa: …………………………………………………………………………………………………………..  |
| ulica ……………………………………………..... | kod …………..  | miejscowość …………………………...  |
| tel.: …………………....  | NIP ………………..…….. | REGON …………………...…………………...……….  |
| 3. | Pełna nazwa: …………………………………………………………………………………………………………..  |
| ulica ……………………………………………..... | kod …………..  | miejscowość …………………………...  |
| tel.: …………………....  | NIP ………………..…….. | REGON …………………...…………………...……….  |

Wykonawca jest mikro, małym, średnim przedsiębiorcą - **TAK/NIE** (*niepotrzebne skreślić)*

*(Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*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).*

#### **OFERTA**

* 1. Ja/my\* niżej podpisani:

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

*(imię, nazwisko)*

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

*(stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy/ów wymienionych w pkt II Formularza Oferty, oferuję/my wykonanie zamówienia publicznego w zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia, według poniższej specyfikacji cenowej:

1. **Cena brutto oferty = (Cena P + Cena S) ………………..………………….……….. PLN**

**słownie: .........................................................................................................................**

**w tym wartość podatku VAT wynosi: ……………………………………………… PLN**

**gdzie**

**Cena P wynosi ……………………….. zł brutto**

**Cena P = (11,00 zł + (Bg) …….....) x 24 570 + 25 436,04 zł + (Kz) ………………...**

**Cena S wynosi ……………………….. zł brutto**

**Cena S = (12,50 zł + (Dg) …….....) x 2 370**

1. **Dzienna stawka żywieniowa przypadająca na 1 dziecko korzystające z diety standardowej:**

Dzienna stawka żywieniowa (P) = (Cena P / 24 570) ………………...……PLN

Bj = (Dzienna stawka żywieniowa (P) – 11,00 zł) ……………………………PLN

1. **Dzienna stawka żywieniowa przypadająca na 1 dziecko korzystające z diet specjalistycznych i eliminacyjnych:**

Dzienna stawka żywieniowa (S) = (Cena S / 2 370) ………….………………… PLN

Dj = (Dzienna stawka żywieniowa (S) – 12,50 zł) ………………………………… PLN

* 1. Cena oferty obejmuje pełny zakres przedmiotu zamówienia objęty SWZ - uwzględnia ona wszystkie koszty wykonania zamówienia.
	2. Zamówienie wykonamy w terminie wymaganym w SWZ.
	3. Oświadczamy, że przystępując do niniejszego postępowania zapoznaliśmy się z wszelkimi dokumentami, w tym, że SWZ, projektami umów i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
	4. Oświadczamy, że uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie trwania postępowania. stanowiące integralną część SWZ, wyszczególnione we wszystkich pismach wymienionych między zamawiającym a wykonawcami oraz publikowanymi na stronie internetowej zamawiającego.
	5. Oświadczamy, że uważamy się związani ofertą na czas wskazany w SWZ.
	6. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
	7. Osobą upoważnioną do kontaktów z zamawiającym w sprawach dotyczących zawarcia umowy jest ..........................................., e-mail: …………..……………………...…
	tel.: ..................................
	8. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego.\*\*
	9. Oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2021 r.

Podpis elektroniczny z ważnym kwalifikowanym certyfikatem, podpis zaufany lub podpis osobisty

***\**** *niepotrzebne skreślić*

*\*\* 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, Wykonawca nie składa oświadczenia z pkt 12 (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SWZ** |
| **OŚWIADCZENIE SKŁADANE W TRYBIE ART. 125 UST. 1, USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH** |

1. POSTĘPOWANIE

WYBÓR WYKONAWCY USŁUGI ŻYWIENIA NA RZECZ PRZEDSZKOLA NR 43 „KOLOROWE” WE WROCŁAWIU

1. **DANE WYKONAWCY**

*(w przypadku oferty składanej wspólnie, oświadczenie wypełnia i podpisuje każdy wykonawca wchodzący w skład podmiotu zbiorowego)*

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………..  |
| ulica ……………………………………………..... | kod …………..  | miejscowość ………………………………...  |
| tel.: …………………....  | NIP ………………..…….. | REGON …………………...………………………....……….  |

reprezentowany przez: …………………………………………………….…………………………………….

*(imię, nazwisko)*

……………………………………………………………………………………………………………………….

*(stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**dotyczy/nie dotyczy** (niepotrzebne skreślić)

Oświadczam, że nie podlegam/my wykluczeniu z ww. postępowania na podstawie obligatoryjnych przesłanek wykluczenia (określonych w art. 108, ust. 1 ustawy PZP) oraz fakultatywnych przesłanek wykluczenia wskazanych przez zamawiającego w SWZ, z katalogu określonego w art. 109, ust 1 ustawy PZP.

**dotyczy/nie dotyczy** (niepotrzebne skreślić)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108, ust. 1 lub art. 109, ust. 1 ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

Podpis elektroniczny z ważnym kwalifikowanym certyfikatem lub podpis zaufany lub podpis osobisty wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ** |
| **WYKAZ OSÓB** **KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA** |

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wybór wykonawcy usług żywienia na rzecz Przedszkola nr 43 „Kolorowe” we Wrocławiu, oświadczam, że niżej przedstawiona osoba, spełnia wymagania określone w **SWZ,** odnośnie do pełnienia funkcji **dietetyka lub specjalisty do spraw żywienia** ibędzie uczestniczyć
w wykonywaniu niniejszego zamówienia (wypełnić właściwe):

1. **Ukończone studia wyższe na kierunku dietetyka - tytuł zawodowy magistra, magistra inżyniera, inżyniera, licencjata**
2. **IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………….**
3. **DANE TELEADRESOWE UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ ………….**

**……………………………………………………………………………………….**

1. **ROK UKOŃCZENIA ……………………………………………………………...**
2. **NR DYPLOMU ……………………………...…………………………………….**
3. **TYTUŁ ZAWODOWY: …………………………………………………………...**
4. **STAŻ ZAWODOWY W LATACH ……………………………………………….**
5. **PODSTAWA DYSPONOWANIA OSOBĄ \*…………………………………….**
6. **Rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007** **studiów wyższych o specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki**
7. **IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………….**
8. **DANE TELEADRESOWE UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ ………….**

**……………………………………………………………………………………….**

1. **ROK UKOŃCZENIA ……………………………………………………………...**
2. **NR DYPLOMU ……………………………...…………………………………….**
3. **TYTUŁ ZAWODOWY: ………………………………………………………….**
4. **STAŻ ZAWODOWY W LATACH ……………………………………………….**
5. **PODSTAWA DYSPONOWANIA OSOBĄ \*…………………………………….**
6. **Rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007** **studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka**
7. **IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………….**
8. **DANE TELEADRESOWE UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ ………….**

**……………………………………………………………………………………….**

1. **ROK UKOŃCZENIA ……………………………………………………………...**
2. **NR DYPLOMU ……………………………...…………………………………….**
3. **TYTUŁ ZAWODOWY:………………………………………………….**
4. **STAŻ ZAWODOWY W LATACH ……………………………………………….**
5. **PODSTAWA DYSPONOWANIA OSOBĄ \*.…………………………………..**

**\*w zależności od stosunku współpracy z Wykonawcą wpisać odpowiednią podstawę dysponowania, tzn. zatrudniony przez Wykonawcę/udostępniony przez inny podmiot**

W/w osoba w swojej pracy będzie zajmować się badaniem produktów żywnościowych, oceną ich jakości oraz wartości zdrowotnych i odżywczych. Będzie ona zaangażowana
w proces tworzenia dekadowych jadłospisów na rzecz Zamawiającego, uwzględniających poszczególne pory roku. Będzie ona również planować diety specjalne, z użyciem odpowiednich składników odżywczych, przeznaczone dla alergików, diabetyków oraz osób uczulonych na poszczególne składniki pokarmowe.

Osoba ta posiada wiedzę o reakcjach organizmu na przyjmowane pokarmy co pozwala ocenić wpływ konkretnych produktów spożywczych na ludzki organizm w zależności od wieku, trybu życia i stanu zdrowia. Na potwierdzenie powyższych kwalifikacji osoba ta przygotowała jadłospisy dekadowe podlegające ocenie zgodnie z zapisami Rozdziału XI, pkt 1, ppkt 1) SWZ i Załącznika nr 7 do SWZ.

 ...................................

miejscowość, data

Podpis elektroniczny z ważnym kwalifikowanym certyfikatem lub podpis zaufany lub podpis osobisty wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 7 DO SWZ** |
| **WZÓR JADŁOSPISU DEKADOWEGO** |

 ................................, dnia...................

 *(Miejscowość, data)*

**…………………………………………….**

**…………………………………………….**

**……………………………………………..**

 *(Dane wykonawcy)*

**PRZEDSZKOLE NR 43 „Kolorowe”**

**we Wrocławiu**

**ul. Tadeusza Kościuszki 27 a**

**50-011 Wrocław**

**JADŁOSPISY**

Jadłospisy należy rozpisać dla 2 dekad, korzystając ze wzoru zamieszczonego poniżej:

I DEKADA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DZIEŃ 1 | Opis dania | Skład: składniki na jedną porcjęMetoda obróbki (tylko dla II dania) |
| Śniadanie |  |  |
| Owoce/ Warzywa |  |  |
| Sok owocowo - warzywny |  |  |
| Zupa |  |  |
| II Danie |  |  |
| Surówka |  |  |
| Napój |  |  |
| Podwieczorek |  |  |

.................................................................

podpis dietetyka

Podpis elektroniczny z ważnym kwalifikowanym certyfikatem, podpis zaufany lub podpis osobisty wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 10 DO SWZ** |
| **WYKAZ OPINII RAD RODZICÓW** |

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wybór wykonawcy usług żywienia na rzecz Przedszkola nr 43 „Kolorowe” we Wrocławiu, do oferty załączam pozytywne opinie Rad Rodziców działających przy niżej wymienionych jednostkach oświatowych, potwierdzające należyte wykonanie usług żywienia w tych jednostkach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Rada Rodziców działająca przy: nazwa i adres Zamawiającego | Przedmiot zamówienia  | Data rozpoczęcia | Data zakończenia |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

................................... .................................................................

miejscowość, data Podpis elektroniczny z ważnym kwalifikowanym certyfikatem lub podpis zaufany lub podpis osobisty wykonawcy

*Do wykazu należy załączyć elektroniczne odwzorowania (skany) oryginałów opinii podpisane podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez wykonawcę.*