|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do SWZNazwa Wykonawcy ……………………………………………………………… ………………………………………………………………Adres siedziby …………………………………………………………………………………………Adres do korespondencji ……………………………………………………………………................tel. - …………………........................... E-mail: ………………………………………………NIP: ……………………………………… REGON: ………………………………………… |

**OFERTA**

W odpowiedzi na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na **Zakup i dostawa wyposażenia pracowni kosmetycznej w ramach projektu AKTYWNA SZKOŁA 3**

**składam ofertę** i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia objętego niniejszym postępowaniem, zgodnie z wymogami określonymi w postępowaniu za kwotę brutto **………………** zł (słownie: **………...………….……………………………….** zł) w tym:

1. **Część I – dostawa mebli kosmetycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa sprzętu** | **Nazwa producenta, marka, typ, model urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Okres gwarancji****(miesiące)***udzielona na całą część* | **Cena netto** | **Podatek** **VAT (stawka %)** | **Cena brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 6 | 7 |
| Łóżko kosmetyczne |  | 7 |  |  |  |  |
| Łóżko do pedicure |  | 7 |  |  |  |
| Taboret/krzesło kosmetyczne |  | 21 |  |  |  |
| Stolik kosmetyczny/zabiegowy |  | 14 |  |  |  |
| Lustra do wizażu |  | 5 |  |  |  |
| Parawan |  | 3 |  |  |  |
| Stolik do manicure z pochłaniaczem pyłu i podpórką na dłonie |  | 7 |  |  |  |
| Hoker-taboret do wizażu |  | 7 |  |  |  |
| Koc termiczny |  | 4 |  |  |  |
| Razem brutto |  |

1. **Część II – dostawa urządzeń i narzędzi kosmetycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa sprzętu** | **Nazwa producenta, marka, typ, model urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Okres gwarancji****(miesiące)** *udzielona na całą część* | **Cena netto** | **Podatek** **VAT (stawka %)** | **Cena brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Epilator-koauglator |  | 3 |  |  |  |  |
| Galwan/jonofereza |  | 3 |  |  |  |
| Frezarka do manicure |  | 7 |  |  |  |
| Elektrostymulacja |  | 3 |  |  |  |
| Frezarka podologiczna/do pedicure |  | 7 |  |  |  |
| Kawitacja ultradźwiękowa |  | 7 |  |  |  |
| Mikrodermabrazja diamentowa |  | 5 |  |  |  |
| Radiofrekwencja (fale radiowe RF) |  | 5 |  |  |  |
| Woskownica do wosku w puszce |  | 3 |  |  |  |
| Zestaw żarówek sollux |  | 1 |  |  |  |
| Lampa led |  | 7 |  |  |  |
| Presoterapia z kompletem rękawów do ciała |  | 2 |  |  |  |
| Vacum |  | 2 |  |  |  |
| Urządzenie do drenażu limfatycznego |  | 2 |  |  |  |
| Cążki do skórek - zestaw |  | 1 |  |  |  |
| Zestaw frezów do paznokci |  | 6 |  |  |  |
| Zestaw do analizy kolorystycznej |  | 2 |  |  |  |
| Zestaw pędzli do makijażu |  | 7 |  |  |  |
| Razem brutto |  |

Szczegółowy opis oferowanego sprzętu zawiera załącznik do niniejszej oferty – sporządzony wg wzoru stanowiącego zał. nr 3 do SWZ

1. Oświadczam, iż gwarantuję wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie do 31.05.2025r.
2. Oświadczam, iż zatrudniam w wymiarze co najmniej 0,25 pełnego wymiaru czasu pracy
i skieruję do realizacji przedmiotu zamówienia min. 1 osobę z niepełnosprawnością
w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

[ ]  TAK\* [ ]  NIE\*

Zakres czynności wykonywanych przez ww. osobę będzie następujący (*brak obowiązku wypełnienia treści, jeśli Wykonawca oświadczy, że do realizacji zamówienia nie skieruje min. 1 osoby z niepełnosprawnością):*

……………………………………………………………………………………………,

……………………………………………………………………………………………,

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu
(w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego) kserokopii potwierdzonych za zgodność
z oryginałem dokumentów poświadczających fakt zatrudniania osoby
z niepełnosprawnościami tj.:

1. orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia lekarskiego,
2. umowy o pracę wraz z zakresem obowiązków jakie osoba z niepełnosprawnością będzie pełnić przy realizacji przedmiotu zamówienia,
3. oświadczenia dotyczącego wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych przez daną osobę z niepełnosprawnością

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji spełnienia kryterium na etapie realizacji zamówienia.
2. W przypadku niedopełnienia obowiązku zatrudnienia w sposób nieprzerwany przy realizacji przedmiotu zamówienia osoby z niepełnosprawnością (zgodnie z deklaracją Wykonawcy), Wykonawca będzie zobowiązany do zapłacenia Zamawiającemu kary umownej w wysokości 5% wartości wynagrodzenia netto za każdy rozpoczęty miesiąc, w którym Wykonawca nie dopełnił tego obowiązku.
3. Oświadczam, że akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia wskazany w ogłoszeniu i zagwarantuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy założeniu, że zapłata wynagrodzenia dokonana będzie na podstawie faktur / rachunków wystawionych po podpisaniu protokołów odbioru zrealizowanego bez usterek i wad zrealizowanej przedmiotu zamówienia płatna w formie przelewu na rachunek bankowy Wykonawcy tam wskazany w terminie do 30 dni od dnia jej doręczenia Zamawiającemu.
4. Oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
5. Akceptuję projekt umowy i w sytuacji wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w ogłoszeniu, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymogami Zamawiającego określonymi w ogłoszeniu.
7. Informacje stanowiące tajemnicę Wykonawcy znajdują się na następujących stronach oferty:……………………………………………………………………………………… …………………………………. do, których tylko Zamawiający ma możliwość wglądu.
8. Wykonawca oświadcza, że jest:

[ ]  mikroprzedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)\*;

[ ]  małym przedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)\*;

[ ]  średnim przedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, 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)\*;

[ ]  innym niż ww.\*

1. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| * + - 1. ………………………………………
			2. ………………………………………
			3. ………………………………………
 | * + - 1. ………………………………………
			2. ………………………………………
			3. ………………………………………
 |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………miejscowość data  | ……………………………………………………… podpis osoby upoważnionej |

\* zaznaczyć właściwe.