…………………………, dnia …………………….

(miejscowość)

 **FORMULARZ OFERTOWY**

**- zimowe utrzymanie dróg gminnych na terenie Gminy Koszarawa-**

Tryb postępowania : ZAPYTANIE OFERTOWE

1. Nazwa i adres WYKONAWCY

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

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

NIP …………………………. REGON …………………………………….

TEL: ………………………… Email: ……………………………………

2. My niżej podpisani oferujemy zrealizować (zamówienie publiczne) umowę na zadanie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NR | Nazwa zadania częściowego | cena ofertowa brutto za 1 km odśnieżania |
| cyfrą: | słownie: |
| 1 | **Koszarawa – od mostu Milowego do granicy z miejscowością Przyborów**  |  |  |
| 2 | **Koszarawa Bystra**  |  |  |

**Cena za 1 kilometr odśnieżania drogi jest niezależna od rodzaju użytego sprzętu i czasu jego używania (obejmuje przejazd „tam i z powrotem” na danym odcinku utrzymywanej drogi tak by osiągnąć efekt odśnieżenia).**

3. Jednocześnie oświadczam, że przyjąłem (-my) do wiadomości i akceptuję (-my) bez zastrzeżeń, że:

1. podane wyżej ceny brutto zawierają wszystkie koszty jakie poniesie Zamawiający za każdy kilometr odśnieżonej drogi w przypadku wyboru niniejszej oferty,
2. za dłuższe lub krótsze odcinki drogi wynagrodzenie będzie ustalane proporcjonalnie.
3. Wykonawca składający ofertę na zadania częściowe oświadcza popisując niniejszy formularz ofertowy, że dysponuje lub będzie dysponował w okresie realizacji umowy ludźmi i sprzętem umożliwiającymi należyte wykonanie umowy w zakresie odśnieżania
4. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego na warunkach określonych we wzorze umowy,
5. Zamawiający może zamknąć postępowanie o udzielenie zamówienia bez dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty, jeżeli:
6. złożone oferty są niezgodne z treścią zapytania,
7. cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający zamierzał przeznaczyć na realizację zamówienia, i kwota ta nie może zostać zwiększona,

c) wystąpią inne ważne przyczyny powodujące, że wybór wykonawcy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili wysłania zapytania ofertowego,

7) nie przysługują mi do Zamawiającego żadne roszczenia związane z zamknięciem postępowania bez wyboru wykonawcy.

……………………,dnia……….. ………………………………….

 (podpis osoby uprawnionej)

 (pieczęć Wykonawcy)

 Oświadczenie Zleceniobiorcy

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy zlecenia

Dane osobowe

Nazwisko ……………………….……………………….. Imiona 1) ……………………………………. 2) …………………………………...…….

Imię ojca ……………………………………….………… Imię matki ……………………………………………………..……………………….…...

Data urodzenia ……………………………………… Miejsce urodzenia ………………………………………………………………..……..

Nazwisko rodowe …………………………………………………………… Obywatelstwo ……………………………………………..…….

PESEL …………………………………………..………………………. NIP ………………………………………………………………….…………..….…

Seria i nr dowodu osobistego……………………………………… wydany przez ……………………………………………

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Nr karty stałego pobytu ( wypełniają obcokrajowcy ) ………………………………………………………………………..………

Adres zamieszkania

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….….

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …..................................

Adres do korespondencji ( gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

Ulica ……………….………………………. nr domu ……….…………… nr mieszkania …….….….

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …..................................

Urząd Skarbowy ( właściwy dla Zleceniobiorcy ze względu na adres zamieszkania )

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

Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ………………………………………………………………………………...

Jako Wykonawca umowy oświadczam, że :

Jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę w

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

Moje miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie (2 000,00 zł brutto),

mniej niż minimalne wynagrodzenie.

Jestem jednocześnie już ubezpieczona/y ( ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenia, umowę agencyjną lub inną umowę o świadczenie

Usług

Moje miesięczne wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług w kwocie brutto wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie (2 000,00 zł brutto),

mniej niż minimalne wynagrodzenie.

Jestem już ubezpieczona/y ( ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów ( np. działalność gospodarcza, KRUS)

Proszę podać tytuł ………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem : |  |
| emerytem | rencistą |

ZUS Inspektorat nr ……………………….. z siedzibą w …………………………………..

ul. ………………………………………………… nr …………………………………………………..

Mam ustalone prawo do emerytury (renty) określonej w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji

nr świadczenia …………………………… organ wypłacający ……………………………

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności ( podać stopień) ……………………………………

Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/em 26 lat.

Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

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

Wynagrodzenie proszę przekazywać na konto:

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

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy :

chcę być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

nie chcę być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania. Upoważniam Zleceniodawcę do dokonywania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

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

( data i czytelny podpis )