|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo_m | **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ** **STRAŻY GRANICZNEJ** |  | UE_LOGO | **UNIA EUROPEJSKA****FUNDUSZ AZYLU, MIGRACJI** **I INTEGRACJI** |

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/SZ/2019**

***DRUK OFERTOWY***

**DANE WYKONAWCY:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa:....................................................................................……………………………………………………………………………………………Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji Wykonawcy i podpisująca/e ofertę:................................................................................................Adres:ulica ................................. kod ............ miejscowość ............................tel.: ................... faks: ................... e-mail.........................................numer NIP .................. numer REGON .................  |

W odpowiedzi na Ogłoszenie o zamówieniu na usługi społeczne, zgłaszam/y przystąpienie do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nausługi społeczne, których przedmiotem jest:

***Świadczenie usług medycznych w postaci badania lekarskiego***

***ogólnego stanu zdrowia osób ubiegających się***

***o ochronę międzynarodową***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia:

**za cenę oferty brutto :** ……………………. zł,

*(słownie: …………………………………………………………………………..……………………)*

zgodnie z poniższą tabelą:

*Wzór do obliczenia* ***cena oferty brutto*** *: cena jednostkowa brutto(3) x ilość(4)*

*Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena jednostkowa brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| Badanie lekarskie ogólnego stanu zdrowia osób ubiegających się o ochronę międzynarodową | 100  |  |  |

1. **Oświadczam/y,** że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y,** że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
3. **Oświadczam/y,** żezapoznaliśmy się z Ogłoszeniem wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. **Oświadczam/y,** że przedmiot zamówienia będziemy realizować: ***(\*niepotrzebne skreślić)***

- samodzielnie**\***

- przy udziale podwykonawców\*, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres podwykonawcy** | **Zakres powierzony podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczam/y,** że usługa medyczna świadczona będzie całodobowo w każdym dniu tygodnia
w niżej wskazanym miejscu:

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

*(należy wskazać adres placówki, w której świadczone będą usługi medyczne)*

1. **Oświadczam/y**, że w przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. **Oświadczam/y**,że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu2).
3. **Zobowiązuję/my** się przetwarzać powierzone nam dane osobowe zgodnie z art. 28 RODO1) oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

*1) Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L119 z 04.05.2016, str. 1)*

*2) W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (należy przekreślić).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo_m | **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ** **STRAŻY GRANICZNEJ** |  | UE_LOGO | **UNIA EUROPEJSKA****FUNDUSZ AZYLU, MIGRACJI** **I INTEGRACJI** |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/SZ/2019**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***

 ***o braku podstaw do wykluczenia składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy p.z.p.***

Ja/my niżej podpisany/ni ………………………………………………………………..…………….

 *(imię i nazwisko osoby/osób podpisujących oświadczenie)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(pełna nazwa i adres Wykonawcy)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne pn.:

***Świadczenie usług medycznych w postaci badania lekarskiego***

***ogólnego stanu zdrowia osób ubiegających się***

***o ochronę międzynarodową***

 **Oświadczam/y**, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-22 oraz
art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

**Oświadczam/y**[[1]](#footnote-1), że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie
art. ………… ustawy p.z.p. *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych
w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy p.z.p.).* Jednocześnie oświadczam, że
w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy p.z.p. podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

1. *1Należy wypełnić jeżeli zachodzą przesłanki wykluczenia* [↑](#footnote-ref-1)