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

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 29/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, zgłaszamy przystąpienie do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nausługi społeczne, których przedmiotem jest:

***Świadczenie usług medycznych dla osób zatrzymanych i osadzonych***

***w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia:
	1. w zakresie **części I zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl.

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

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

* 1. w zakresie **części II zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania zdjęć radiologicznych kości lewego nadgarstka w celu określenia wieku zatrzymanego lub osadzonego wraz z opisem.

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

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

* 1. w zakresie **części III zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych wykonywanych w celach diagnostycznych i profilaktycznych, dotyczących osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl.

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

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

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 treścią Ogłoszenia 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. Usługi medyczne wykonywane będą w niżej wskazanym miejscu i czasie:
	1. **Część I zamówienia**

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

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

w godzinach od …………………… do ……………..……… od poniedziałku do piątku.

 *(należy wpisać co najmniej od 8:00 do 15:00)*

* 1. **Część II zamówienia**

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

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

całodobowo w każdy dzień tygodnia.

* 1. **Część III zamówienia**

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

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

w godzinach od …………………… do ……………..……… od poniedziałku do piątku.

 *(należy wpisać co najmniej od 8:00 do 11:00)*

1. **Oświadczamy**, **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 postępowaniu.\*
3. **Zobowiązujemy** 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)*

*\* 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** |

**Tabela nr 1 do Druku ofertowego**

**postępowanie nr 29/SZ/2019**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (5)**: cena jednostkowa brutto (4) x ilość (3)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

 Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem o zamówieniu na usługi społeczne oraz projektem umowy, oferujemy w zakresie części I zamówienia niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | RTG zatok | 10 |  |  |
| 2. | RTG kręgosłupa szyjnego | 5 |  |  |
| 3. | RTG nadgarstka | 15 |  |  |
| 4. | RTG stawu barkowego | 5 |  |  |
| 5. | RTG stawu łokciowego | 5 |  |  |
| 6. | RTG ręki | 10 |  |  |
| 7. | RTG stawu kolanowego | 10 |  |  |
| 8. | RTG stopy | 15 |  |  |
| 9. | USG jamy brzusznej  | 60 |  |  |
| 10. | RTG twarzoczaszki | 3 |  |  |
| 11. | RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego  | 15 |  |  |
| 12. | USG jąder | 5 |  |  |
| 13. | RTG stawów biodrowych | 5 |  |  |
| 14. | RTG przeglądowe jamy brzusznej | 5 |  |  |
| 15. | RTG klatki piersiowej wraz z opisem | 300 |  |  |
| 16. | TK kl. piersiowej bez kontrastu  | 5 |  |  |
| 17. | TK kl. piersiowej z kontrastem | 5 |  |  |
| 18. | Rezonans magnetyczny głowy bez kontrastu  | 5 |  |  |
| 19. | Rezonans magnetyczny głowy z kontrastem | 5 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

Słownie (razem cena oferty brutto): ........................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

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

**Tabela nr 2 do Druku ofertowego**

**postępowanie nr 29/SZ/2019**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (4)**: cena jednostkowa brutto (3) x ilość (2)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem o zamówieniu na usługi społeczne oraz projektem umowy, oferujemy w zakresie części II zamówienia niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania zdjęć radiologicznych kości lewego nadgarstka w celu określenia wieku zatrzymanego lub osadzonego wraz z opisem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| RTG nadgarstka z oceną wieku kostnego wraz z opisem | 20 |  |  |

Słownie (cena oferty brutto): .....................................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

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

**Tabela nr 3 do Druku ofertowego**

**postępowanie nr 29/SZ/2019**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (5)**: cena jednostkowa brutto (4) x ilość (3)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem o zamówieniu na usługi społeczne oraz projektem umowy, oferujemy w zakresie części III zamówienia niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych wykonywanych w celach diagnostycznych i profilaktycznych dotyczących osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| ***Badania podstawowe:*** |  |
| 1. | morfologia krwi | 300 |  |  |
| 2. | mocz – badania ogólne  | 80 |  |  |
| 3. | cukier w surowicy | 250 |  |  |
| 4. | VDRL | 250 |  |  |
| 5. | HBsAg | 250 |  |  |
| 6. | Anty HIV 1/2 | 250 |  |  |
| 7. | Anty HCV 3-generacja  | 250 |  |  |
| 8. | Test ciążowy we krwi (HCG) | 100 |  |  |
| ***Badania uzupełniające:*** |  |
| 9. | Helicobacter pylori I gG | 10 |  |  |
| 10. | bilirubina całk. | 50 |  |  |
| 11. | AST | 50 |  |  |
| 12. | ALT | 50 |  |  |
| 13. | Kreatynina | 25 |  |  |
| 14. | lipidogram | 10 |  |  |
| 15. | cholesterol całk. | 10 |  |  |
| 16. | mocznik | 15 |  |  |
| 17. | kwas moczowy | 15 |  |  |
| 18. | APTT | 5 |  |  |
| 19. | INR | 5 |  |  |
| 20. | TSH | 20 |  |  |
| 21. | FT3 | 10 |  |  |
| 22. | FT4 | 10 |  |  |
| 23. | Poziom żelaza we krwi | 10 |  |  |
| 24. | Mocz na posiew | 20 |  |  |
| 25. | Kał na jaja pasożytów | 20 |  |  |
| 26. | Plwocina na posiew Bk | 15 |  |  |
| 27. | CRP  | 30 |  |  |
| 28. | D-dimery | 5 |  |  |
| 29. | Elektrolity | 25 |  |  |
| 30. | Amylaza w moczu | 5 |  |  |
| 31. | Amylaza we krwi | 5 |  |  |
| 32. | PSA całkowity  | 5 |  |  |
| 33. | Grupa krwi  | 10 |  |  |
| 34. | Quantiferon TB, test IGRA | 15 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

Słownie (razem cena oferty brutto): ........................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

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

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 29/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 dla osób zatrzymanych i osadzonych***

***w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

 **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)