|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego***  **w Przemyślu** | logo_m |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 2/SZ/2020**

***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 specjalistycznych dla cudzoziemców***

***osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu”***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z Tabelą do Druku ofertowego:

**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, że** zapoznaliśmy 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 w ……………………………..……….…

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

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

w dni powszednie, wg harmonogramu poszczególnych poradni specjalistycznych, co najmniej 2 godziny dziennie, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa usługi medycznej*** | ***Dni świadczenia usługi medycznej*** | ***Godziny świadczenia usługi medycznej*** |
| 1. | Konsultacja otolaryngologiczna |  |  |
| 2. | Konsultacja dermatologiczna |  |  |
| 3. | Konsultacja neurologiczna |  |  |
| 4. | Konsultacja ortopedyczna |  |  |
| 5. | Konsultacja ginekologiczna |  |  |
| 6. | Konsultacja urologiczna |  |  |
| 7. | Konsultacja okulistyczna |  |  |
| 8. | Konsultacja chirurgiczna |  |  |
| 9. | Konsultacja pulmonologiczna |  |  |
| 10. | Konsultacja chirurgii dziecięcej |  |  |
| 11. | Konsultacja endokrynologiczna |  |  |
| 12. | Konsultacja reumatologiczna |  |  |
| 13. | Konsultacja kardiologiczna |  |  |
| 14. | Konsultacja gastrologiczna |  |  |
| 15. | Konsultacja chorób zakaźnych |  |  |

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 postępowaniu.2)
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).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego***  **w Przemyślu** | logo_m |  |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

**Tabela do Druku ofertowego**

**postępowanie nr 2/SZ/2020**

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych specjalistycznych dla cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu.**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa usługi medycznej*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty***  ***brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Konsultacja otolaryngologiczna | 30 |  |  |
| 2. | Konsultacja dermatologiczna | 30 |  |  |
| 3. | Konsultacja neurologiczna | 30 |  |  |
| 4. | Konsultacja ortopedyczna | 20 |  |  |
| 5. | Konsultacja ginekologiczna | 50 |  |  |
| 6. | Konsultacja urologiczna | 20 |  |  |
| 7. | Konsultacja okulistyczna | 20 |  |  |
| 8. | Konsultacja chirurgiczna | 20 |  |  |
| 9. | Konsultacja pulmonologiczna | 5 |  |  |
| 10. | Konsultacja chirurgii dziecięcej | 15 |  |  |
| 11. | Konsultacja endokrynologiczna | 5 |  |  |
| 12. | Konsultacja reumatologiczna | 5 |  |  |
| 13. | Konsultacja kardiologiczna | 10 |  |  |
| 14. | Konsultacja gastrologiczna | 15 |  |  |
| 15. | Konsultacja chorób zakaźnych | 5 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** | |  |

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

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..……

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego***  **w Przemyślu** | logo_m |  |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 2/SZ/2020**

***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 specjalistycznych dla cudzoziemców***

***osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu”***

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