**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 13/SZ/2020**

***DRUK OFERTOWY***

**DANE WYKONAWCY:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa:.................................................................................  ………………………………………………………………………........  Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji Wykonawcy i podpisującej/ych 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 badań lekarskich specjalistycznych***

***dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych”***

1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia:
   1. w zakresie **części I zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych.

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

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

* 1. w zakresie **części II zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich psychiatrycznych dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych

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

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

* 1. w zakresie **części III zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich okulistycznych dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych

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

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

1. **Oświadczam/y,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y,** że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
3. **Oświadczam/y,** żezapoznałem/liśmy się z treścią Ogłoszenia wraz z załącznikami i nie wnoszę/simy do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję/my warunki w nich zawarte.
4. **Oświadczam/y,** że przedmiot zamówienia będę/dziemy 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 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*** | ***2*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Badanie otolaryngologiczne |  |  |
| 2. | Badanie otolaryngologiczne + audiometria |  |  |
| 3. | Badanie ortopedyczne |  |  |
| 4. | Badanie neurologiczne |  |  |
| 5. | Badanie pulmonologiczne + spirometria |  |  |
| 6. | Badanie gastrologiczne |  |  |
| 7. | Badanie chirurgiczne |  |  |
| 8. | Badanie kardiologiczne |  |  |
| 9. | Badanie w poradni chorób zakaźnych |  |  |

* 1. **Część II zamówienia**

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

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

w godz. od …..…….. do …………, od poniedziałku do piątku

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

* 1. **Część III zamówienia**

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

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

w godz. od …..…….. do …………, od poniedziałku do piątku

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

1. **Oświadczam/y**, że w przypadku przyznania mi/nam zamówienia, zobowiązuję/my 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 Rozporządzeniawobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. **Zobowiązuję/my** się przetwarzać powierzone mi/nam dane osobowe zgodnie z art. 28 Rozporządzenia oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..…

***Tabela nr 1 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 13/SZ/2020**

**UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższy wzór:**

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 oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych dla funkcjonariuszy   
i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Badanie otolaryngologiczne | 200 |  |  |
| 2. | Badanie otolaryngologiczne + audiometria | 400 |  |  |
| 3. | Badanie ortopedyczne | 5 |  |  |
| 4. | Badanie neurologiczne | 600 |  |  |
| 5. | Badanie pulmonologiczne + spirometria | 50 |  |  |
| 6. | Badanie gastrologiczne | 5 |  |  |
| 7. | Badanie chirurgiczne | 5 |  |  |
| 8. | Badanie kardiologiczne | 10 |  |  |
| 9. | Badanie w poradni chorób zakaźnych | 10 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** | |  |

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

…………………….………….……., dnia …………………….. ………………….……...............................................

(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

***Tabela nr 2 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 13/SZ/2020**

**UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższy wzór:**

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 oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich psychiatrycznych dla funkcjonariuszy   
i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Badanie psychiatryczne | 10 |  |  |

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

………….……......................................................... (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

………………………….………….……., dnia ……………………..………

***Tabela nr 3 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 13/SZ/2020**

**UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższy wzór:**

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 oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich okulistycznych dla funkcjonariuszy   
i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Badanie okulistyczne | 1 000 |  |  |

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

………….……......................................................... (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

………………………….………….……., dnia ……………………..………

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 13/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 w postaci badań lekarskich specjalistycznych***

***dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w ramach badań profilaktycznych”***

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