***Załącznik nr 1 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 11/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.: ..................... fax: .................. e-mail......................................numer NIP ...................... numer REGON .......................... |

W odpowiedzi na Ogłoszenie, zgłaszamy przystąpienie do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nausługi społeczne, których przedmiotem jest:

***„Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych dla funkcjonariuszy
i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej z zakresu medycyny pracy”***

1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia:
	1. w zakresie **części I zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników **BiOSG
	w** **m. Przemyśl** oraz **dla Placówek Straży Granicznej: PSG w m. Hermanowice, PSG
	w m. Huwniki, PSG w m. Korczowa, PSG w m. Medyka i PSG w m. Wojtkowa**

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

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

* 1. w zakresie **części II zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników **Placówek Straży Granicznej: PSG w m. Wetlina i PSG w m. Sanok**

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

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

* 1. w zakresie **części III zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników **Placówek Straży Granicznej: PSG w m. Horyniec Zdrój i PSG w m Lubaczów**

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

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

* 1. w zakresie **części IV zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników **Placówki Straży Granicznej w m. Rzeszów – Jasionka**

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

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

* 1. w zakresie **części V zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników **Placówek Straży Granicznej: PSG w m. Krościenko, PSG w m. Ustrzyki Górne, PSG w m. Czarna Górna i PSG w m. Stuposiany**

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

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

1. **Oświadczamy,** że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczamy, że** uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
3. **Oświadczamy, że** zapoznaliśmy się z treścią Ogłoszenia wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. **Oświadczamy, 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. Badania laboratoryjne wykonywane będą w niżej wskazanym miejscu:
	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 11:00)*

Dostępność do usługi w ………soboty w miesiącu *(należy wpisać ilość sobót)* w godzinach od ………

do ……………

* 1. **Część II 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. **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. **Część IV 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. **Część V 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).*

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

**postępowanie nr 11/SZ/2020**

***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 oraz projektem umowy oferujemy w zakresie **części I zamówienia** niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych
z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w m. Przemyśl oraz dla Placówek Straży Granicznej: PSG w m. Hermanowice, PSG w m. Huwniki, PSG w m. Korczowa, PSG w m. Medyka i PSG w m. Wojtkowa***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Morfologia krwi | 700 |  |  |
| 2. | Mocz – badanie ogólne | 700 |  |  |
| 3. | Cukier w surowicy | 700 |  |  |
| 4. | Bilirubina | 600 |  |  |
| 5. | ALT | 600 |  |  |
| 6. | Kreatynina | 100 |  |  |
| 7. | Retikulocyty | 100 |  |  |
| 8. | Cholesterol całkowity | 500 |  |  |
| 9. | Lipidogram | 500 |  |  |
| 10. | Przeciwciała HIV | 300 |  |  |
| 11. | Przeciwciała HCV | 300 |  |  |
| 12. | Przeciwciała anty – HBS | 300 |  |  |
| 13. | Poziom stężenia ołowiu we krwi | 20 |  |  |
| 14. | Poziom kwasu deltaaminolewulinowego w moczu | 20 |  |  |
| 15. | Quantiferon TB, test IGRA | 60 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

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

**postępowanie nr 11/SZ/2020**

***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 oraz projektem umowy oferujemy w zakresie **części II zamówienia** niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych
z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników Placówek Straży Granicznej: PSG
w m. Wetlina i PSG w m. Sanok***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Morfologia krwi | 80 |  |  |
| 2. | Mocz – badania ogólne | 80 |  |  |
| 3. | Cukier w surowicy | 80 |  |  |
| 4. | Bilirubina | 80 |  |  |
| 5. | ALT | 80 |  |  |
| 6. | Kreatynina | 10 |  |  |
| 7. | Retikulocyty | 30 |  |  |
| 8. | Cholesterol całkowity | 80 |  |  |
| 9. | Lipidogram | 50 |  |  |
| 10. | Przeciwciała HIV | 50 |  |  |
| 11. | Przeciwciała HCV | 50 |  |  |
| 12. | Przeciwciała anty – HBS | 50 |  |  |
| 13. | Poziom stężenia ołowiu we krwi | 5 |  |  |
| 14. | Poziom kwasu deltaaminolewulinowego w moczu | 5 |  |  |
| 15. | Quantiferon TB, test IGRA | 10 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

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

**postępowanie nr 11/SZ/2020**

***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 oraz projektem umowy oferujemy w zakresie **części III zamówienia** niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych
z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników Placówek Straży Granicznej: PSG
w m. Horyniec Zdrój i PSG w m. Lubaczów***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Morfologia krwi | 100 |  |  |
| 2. | Mocz – badania ogólne | 100 |  |  |
| 3. | Cukier w surowicy | 100 |  |  |
| 4. | Bilirubina | 100 |  |  |
| 5. | ALT | 100 |  |  |
| 6. | Kreatynina | 10 |  |  |
| 7. | Retikulocyty | 50 |  |  |
| 8. | Cholesterol całkowity | 100 |  |  |
| 9. | Lipidogram | 50 |  |  |
| 10. | Przeciwciała HIV | 100 |  |  |
| 11. | Przeciwciała HCV | 100 |  |  |
| 12. | Przeciwciała anty – HBS | 100 |  |  |
| 13. | Poziom stężenia ołowiu we krwi | 5 |  |  |
| 14. | Poziom kwasu deltaaminolewulinowego w moczu | 5 |  |  |
| 15. | Quantiferon TB, test IGRA | 10 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

***Tabela nr 4 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 11/SZ/2020**

***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 oraz projektem umowy oferujemy w zakresie **części IV zamówienia** niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych
z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników Placówki Straży Granicznej Rzeszów – Jasionka***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Morfologia krwi | 60 |  |  |
| 2. | Mocz – badania ogólne | 60 |  |  |
| 3. | Cukier w surowicy | 60 |  |  |
| 4. | Bilirubina | 60 |  |  |
| 5. | ALT | 60 |  |  |
| 6. | Kreatynina | 10 |  |  |
| 7. | Retikulocyty | 40 |  |  |
| 8. | Cholesterol całkowity | 60 |  |  |
| 9. | Lipidogram | 40 |  |  |
| 10. | Przeciwciała HIV | 50 |  |  |
| 11. | Przeciwciała HCV | 50 |  |  |
| 12. | Przeciwciała anty – HBS | 50 |  |  |
| 13. | Poziom stężenia ołowiu we krwi | 5 |  |  |
| 14. | Poziom kwasu deltaaminolewulinowego w moczu | 5 |  |  |
| 15. | Quantiferon TB, test IGRA | 10 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

***Tabela nr 5 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 11/SZ/2020**

***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 oraz projektem umowy oferujemy **w zakresie części V zamówienia** niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań laboratoryjnych
z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników Placówek Straży Granicznej: PSG w m. Krościenko, PSG w m. Ustrzyki Górne, PSG w m. Czarna Górna i PSG w m. Stuposiany***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Morfologia krwi | 150 |  |  |
| 2. | Mocz – badania ogólne | 150 |  |  |
| 3. | Cukier w surowicy | 150 |  |  |
| 4. | Bilirubina | 150 |  |  |
| 5. | ALT | 150 |  |  |
| 6. | Kreatynina | 20 |  |  |
| 7. | Retikulocyty | 50 |  |  |
| 8. | Cholesterol całkowity | 150 |  |  |
| 9. | Lipidogram | 100 |  |  |
| 10. | Przeciwciała HIV | 100 |  |  |
| 11. | Przeciwciała HCV | 100 |  |  |
| 12. | Przeciwciała anty – HBS | 100 |  |  |
| 13. | Poziom stężenia ołowiu we krwi | 10 |  |  |
| 14. | Poziom kwasu deltaaminolewulinowego w moczu | 10 |  |  |
| 15. | Quantiferon TB, test IGRA | 20 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

***Załącznik nr 2 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 11/SZ/2020**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o braku podstaw wykluczenia**

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 laboratoryjnych
dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej***

***z zakresu medycyny pracy”***

 **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.

 …………………………… ………….……………………

 *Miejscowość, data pieczęć i podpis upoważnionych*

 *przedstawicieli Wykonawcy*

**Oświadczam/y**[[1]](#footnote-1), że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie
art. ………… ustawy Pzp *(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 Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że
w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy p.z.p. podjąłem następujące środki naprawcze:

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

 …………………………… ………….……………………

 *Miejscowość, data pieczęć i podpis upoważnionych*

 *przedstawicieli Wykonawcy*

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