***Załącznik nr 1 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 17/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 z zakresu medycyny pracy   
dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w Przemyślu   
oraz Placówek Straży Granicznej w m. Hermanowice, Huwniki, Korczowa, Medyka i Wojtkowa”***

* + - 1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z Tabelą do druku ofertowego  
         **za cenę oferty brutto :** ………………………………………. zł

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

1. **Oferujemy\*,** możliwość skorzystania zusługi wykonania badań laboratoryjnych w placówce wskazanej w pkt 7:

w cztery soboty w miesiącu, w godzinach od ……….. do ………..

w trzy soboty w miesiącu, w godzinach od ………... do ….….…..

w dwie soboty w miesiącu, w godzinach od ….…….. do …….…..

w jedną sobotę w miesiącu, w godzinach od ……….. do ……..…..

**nie oferujemy**, możliwości skorzystania zusługi w sobotę

*\* /należy* ***zaznaczyć*** *proponowaną opcję/*

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:

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

…………………………………………………………………………………………………

*(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 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 17/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 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   
w m. Hermanowice, Huwniki, Korczowa, Medyka i 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 ……….……..……

***Załącznik nr 2 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 17/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 z zakresu medycyny pracy  
dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w Przemyślu***

***oraz Placówek Straży Granicznej w m. Hermanowice, Huwniki, Korczowa, Medyka i Wojtkowa”***

**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)