**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 18/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 psychiatrycznych***

***dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej   
w ramach badań profilaktycznych”***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia za cenę oferty brutto:

|  |
| --- |
| zł |

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………

zgodnie z poniższą tabelą:

*Wzór do obliczenia ceny oferty brutto (5): cena brutto za jedna osobę (4) x ilość (3)*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena brutto za jedną osobę** | **Cena oferty brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Badanie psychiatryczne wraz z wydaniem wyniku/opisu badania | osoba | 10 |  |  |

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. Badania wykonywane będą w niżej wskazanym miejscu i czasie:

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

*(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 ……….……..…

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 18/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 psychiatrycznych***

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