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

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/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 opieki lekarskiej dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”***

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

|  |
| --- |
| zł |

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

zgodnie z poniższą tabelą:

*Wzór do obliczenia ceny oferty brutto (4): cena ryczałtowa brutto za jeden miesiąc (3) x ilość miesięcy (2)*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość miesięcy świadczenia usługi** | **Cena ryczałtowa brutto za 1 miesiąc świadczenia usługi** | **Wartość (cena) brutto oferty** ***/kol. 2 x kol. 3/*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| Usługa lekarska dot. osób dorosłych i dzieci | 12 |  |  |

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.** | **Firma/Nazwa i adres podwykonawcy** | **Zakres powierzony podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Usługi medyczne wykonywane będą w niżej wskazanym miejscu i czasie:

**W przypadku konsultacji pediatrycznych w siedzibie Wykonawcy:**

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

 *(należy wskazać adres placówki, w której świadczone będą konsultacje pediatryczne)*

w godzinach od ………………… do …………….… od poniedziałku do piątku

 *(należy wpisać co najmniej od 08:00 do 15:00\*)*

**(\* warunek konieczny)**

**W przypadku konsultacji pediatrycznych w siedzibie Zamawiającego:**

w godzinach od ………………… do …………….… od poniedziałku do piątku

 *(należy wpisać co najmniej od 08:00 do 15:00\*)*

**(\* warunek konieczny)**

 **po uzgodnieniu telefonicznym miejsca i terminu wizyty.**

**W przypadku osób dorosłych w siedzibie Zamawiającego:**

w godzinach od ………………… do …………….… w dniach ……………………………………

 *(należy wpisać od 10:00 do 13:00 lub od 14:00 do 17:00\*) (przynajmniej 3 dni w tygodniu\*)*

**(\* warunek konieczny)**

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 ……….……..

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

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/SZ/2020**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***

***O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA***

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 opieki lekarskiej dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”***

 **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/y, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy p.z.p. podjąłem/liśmy następujące środki naprawcze:

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

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….….…..……

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/SZ/2020**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***

***DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU***

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 opieki lekarskiej dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”***

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

**Oświadczam/y**, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale V pkt. 1 ppkt 1.2. lit. a i b Ogłoszenia.

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….….…..……

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA**

 ***(należy wypełnić jeżeli Wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)***

1. **Oświadczam/y**, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w Rozdziale V pkt. 1 ppkt. 1.2 lit. a i b Ogłoszenia, Wykonawca, którego reprezentuję/my polega na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełna nazwa/firma i adres pomiotu trzeciego** | **Zakres udostępnionych zasobów** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczam/y**, że w stosunku do podmiotu/ów wymienionych w pkt. 1 nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania w sytuacjach określonych w art. 24 ust. 1 pkt. 13 – 22 oraz ust. 5 pkt. 1 ustawy p.z.p.

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….….…..……

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

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/SZ/2022**

***WYKAZ OSÓB***

***skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia***

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 opieki lekarskiej dot. cudzoziemców***

***osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

w celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu określonego w Rozdziale V pkt. 1 ppkt. 1.2 lit. b Ogłoszenia:

**Oświadczam/y**, że osoby wskazane w wykazie, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię****i nazwisko** | **Staż pracy** | **Podstawa****do dysponowania osobami** |
| 1 | ………………………………………………..……………………………………….………. | w zawodzie lekarza …………… lat | ***[ ]***  *Osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy**[ ]  Osoba udostępniona przez inny podmiot*  |
| 2 | ………………………………………………..……………………………………….………. | w zawodzie lekarza pediatry …………… lat | ***[ ]***  *Osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy**[ ]  Osoba udostępniona przez inny podmiot*  |

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

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

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 28/SZ/2020**

***WZÓR ZOBOWIĄZANIA***

***do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia***

Ja niżej podpisany …………………………………………………………………………………………………..….……

 *(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(nazwa i adres podmiotu oddającego zasoby do dyspozycji Wykonawcy, składającemu ofertę)*

**zobowiązuję się do oddania** na podstawie art. 22a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r – Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.) **niżej wymienionych zasobów :**

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

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

 *(należy określić zasoby oddane do dyspozycji Wykonawcy składającemu ofertę)*

**do dyspozycji Wykonawcy:**

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

*(nazwa Wykonawcy składającego ofertę)*

przy wykonaniu zamówienia pn.:

***Świadczenie usług medycznych w postaci opieki lekarskiej dot. cudzoziemców***

***osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

**Ponadto oświadczam, iż**:

* + - 1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

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

1. udostępnione przeze mnie zasoby będą wykorzystane przez Wykonawcę przy wykonaniu przedmiotowego zamówienia publicznego w następujący sposób:

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

1. okres na jaki udostępniam Wykonawcy zasoby przy wykonywaniu zamówienia publicznego:

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

……………………………… dnia …………………………

 …………………………………………………………………………

 *(podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli*

 *w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*

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