|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 31/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 dla osób zatrzymanych i osadzonych***

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

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia:
	1. w zakresie **części I zamówienia** – Świadczenie usług medycznych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl wraz z wydaniem wyniku **za cenę oferty brutto**:

|  |
| --- |
| zł |

*słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………*

* 1. w zakresie **części II zamówienia** – Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania zdjęć radiologicznych kości lewego nadgarstka w celu określenia wieku zatrzymanego lub osadzonego wraz z wydaniem wyniku **za cenę oferty brutto**:

|  |
| --- |
| zł |

*słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………*

1. **Oświadczam/y,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y,** że przedmiot zamówienia świadczony będzie w niżej wskazanym miejscu i czasie:
	1. w zakresie **części I zamówienia:**

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

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

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

***całodobowo, w każdy dzień tygodnia.***

* 1. w zakresie **części II zamówienia**:

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

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

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

***całodobowo, w każdy dzień tygodnia.***

1. **Oświadczam/y,** że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
2. **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.
3. **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. **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 |

**Tabela nr 1 do Druku ofertowego**

**postępowanie nr 31/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 o zamówieniu na usługi społeczne oraz projektem umowy oferujemy w zakresie części I zamówienia niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl wraz z wydaniem wyniku***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Ilość** | **Cena** **jednostkowa brutto** | **Cena****oferty brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | RTG zatok | 10 |  |  |
| 2. | RTG kręgosłupa szyjnego | 5 |  |  |
| 3. | RTG nadgarstka | 15 |  |  |
| 4. | RTG stawu barkowego | 5 |  |  |
| 5. | RTG stawu łokciowego | 5 |  |  |
| 6. | RTG ręki | 10 |  |  |
| 7. | RTG stawu kolanowego | 10 |  |  |
| 8. | RTG stopy | 15 |  |  |
| 9. | USG jamy brzusznej | 60 |  |  |
| 10. | RTG twarzoczaszki | 3 |  |  |
| 11. | RTG kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego | 15 |  |  |
| 12. | USG jąder | 5 |  |  |
| 13. | RTG stawów biodrowych | 5 |  |  |
| 14. | RTG przeglądowe jamy brzusznej | 5 |  |  |
| 15. | RTG klatki piersiowej wraz z opisem | 300 |  |  |
| 16. | TK kl. piersiowej bez kontrastu | 5 |  |  |
| 17. | TK kl. piersiowej z kontrastem | 5 |  |  |
| 18. | Rezonans magnetyczny głowy bez kontrastu | 5 |  |  |
| 19. | Rezonans magnetyczny głowy z kontrastem | 5 |  |  |
| **Razem cena oferty brutto:** |  |

*słownie (razem cena oferty brutto) ……………………………………………………………………………………*

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

*(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 |

**Tabela nr 2 do Druku ofertowego**

**postępowanie nr 31/SZ/2020**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (4)**: cena jednostkowa brutto (3) x ilość (2)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem o zamówieniu na usługi społeczne oraz projektem umowy oferujemy w zakresie części II zamówienia niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania zdjęć radiologicznych kości lewego nadgarstka w celu określenia wieku zatrzymanego lub osadzonego wraz z wydaniem wyniku***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Ilość** | **Cena** **jednostkowa brutto** | **Cena****oferty brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| RTG nadgarstka z oceną wieku kostnego | 20 |  |  |

*słownie (cena oferty brutto) …………………………………………………………………………………………*

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

*(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 31/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 dla osób zatrzymanych i 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 ……….….…..……

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