***Załącznik nr 1 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 43/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 radiologicznych RTG klatki piersiowej wraz z opisem dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej z zakresu medycyny pracy”**

1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia 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 radiologiczne 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 15:00)*

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 ……….……..……

***Tabela do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 43/SZ/2020**

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

Wzór do obliczenia **ceny 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 radiologicznych RTG klatki piersiowej wraz z opisem z zakresu medycyny pracy dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG w m. Przemyśl** **oraz dla Placówek Straży Granicznej w m. Hermanowice, Huwniki, Korczowa, Medyka, Wojtkowa i Rzeszów – Jasionka.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Ilość** | **Cena****jednostkowa****brutto** | **Cena oferty brutto** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Rutynowe zdjęcie klatki piersiowej wraz z opisem | 760 |  |  |

Słownie (cena oferty brutto):

.......................................................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

***Załącznik nr 2 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 43/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 radiologicznych RTG klatki piersiowej wraz z opisem 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 upoważnionego*

 *przedstawiciela 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 upoważnionego*

 *przedstawiciela Wykonawcy*

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