|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 45/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 specjalistycznych psychiatrycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”**

1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia:

**za cenę oferty brutto :** ………………………………………. zł

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

zgodnie z poniższą tabelą:

*Wzór do obliczenia* ***cena oferty brutto(5)****: cena brutto za jedną 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* |
| Konsultacja psychiatryczna | osoba | 50  |  |  |

1. **Oświadczam/y,** że usługa medyczna świadczona będzie w:

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

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

w dni powszednie, wg harmonogramu poradni specjalistycznej psychiatrycznej, co najmniej 2 godziny dziennie, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi medycznej** | **Dni świadczenia usługi medycznej** | **Godziny świadczenia usługi medycznej** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Konsultacja psychiatryczna |  |  |

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. **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 45/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 badań specjalistycznych psychiatrycznych 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 ……….….…..……

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