|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo_m | **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego***  **ul. Mickiewicza 34**  **37 – 700 Przemyśl** |  | UE_LOGO | **UNIA EUROPEJSKA**  **FUNDUSZ AZYLU, MIGRACJI**  **I INTEGRACJI** |

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 6/SZ/2019**

***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.: ..................... 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 stomatologicznych dla 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* ***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* |
| Usługa stomatologiczna\* | osoba | 100 |  |  |

*\* patrz Rozdział III pkt 1*

**Dostępność do usługi w co najmniej jedną sobotę w miesiącu –** …….(należy wpisać **TAK** lub **NIE**)

1. **Oświadczam/y,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y,** że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
3. **Oświadczam/y,** żezapoznaliśmy się z treścią Ogłoszenia wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. **Oświadczam/y, 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. **Oświadczam/y,** że usługi stomatologiczne świadczone będą w niżej wskazanym miejscu i czasie:

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

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

*(należy wskazać adres placówki, w której świadczone będą usługi stomatologiczne)*

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

*(należy wpisać co najmniej od 9:00 do 16:00)*

oraz w sobotę w godzinach od ………….………. do ………………….**\***

(\**należy wypełnić w przypadku dostępności do usługi w sobotę)*

1. **Oświadczam/y**, że w przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. **Oświadczam/y,** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy 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 ……….……..……

***1)*** *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L119 z 04.05.2016, str. 1).*

***\**** *W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (należy przekreślić).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo_m | **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego***  **ul. Mickiewicza 34**  **37 – 700 Przemyśl** |  | UE_LOGO | **UNIA EUROPEJSKA**  **FUNDUSZ AZYLU, MIGRACJI**  **I INTEGRACJI** |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 6/SZ/2019**

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