**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 20/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 medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych***

 ***dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej***

***w ramach badań profilaktycznych”***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia:
	1. w zakresie **części I zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych

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

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

* 1. w zakresie **części II zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich psychiatrycznych dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych

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

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

* 1. w zakresie **części III zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich okulistycznych dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych

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

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

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. Usługi medyczne wykonywane będą w niżej wskazanym miejscu:
	1. **Część I zamówienia**

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

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

*(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. **Część II zamówienia**

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

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

*(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. **Część III zamówienia**

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

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

*(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. **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. 1z późn. zm.).*

***\**** *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).*

***Tabela nr 1 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 20/SZ/2019**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższy wzór:***

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 oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych dla funkcjonariuszy
i pracowników** **Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Konsultacja laryngologiczna | 200 |  |  |
| 2. | Konsultacja laryngologiczna + audiometria | 400 |  |  |
| 3. | Konsultacja ortopedyczna | 5 |  |  |
| 4. | Konsultacja neurologiczna | 600 |  |  |
| 5. | Konsultacja pulmonologiczna + spirometria | 50 |  |  |
| 6. | Konsultacja gastrologiczna | 5 |  |  |
| 7. | Konsultacja chirurgiczna | 5 |  |  |
| 8. | Konsultacja kardiologiczna | 10 |  |  |
| 9. | Konsultacja w poradni chorób zakaźnych | 10 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

Słownie (razem cena oferty brutto): ........................................................................................................

…………………….………….……., dnia …………………….. ………………….……...............................................

 (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

***Tabela nr 2 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 20/SZ/2019**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższy wzór:***

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 oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich psychiatrycznych dla funkcjonariuszy
i pracowników** **Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Konsultacja psychiatryczna | 10 |  |  |

Słownie (cena oferty brutto): ..................................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

***Tabela nr 3 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 20/SZ/2019**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższy wzór:***

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 oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za **świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich okulistycznych dla funkcjonariuszy
i pracowników** **Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Konsultacja okulistyczna | 1 000 |  |  |

Słownie (cena oferty brutto): ..................................................................................................................

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

 *(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 20/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 medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych***

 ***dla funkcjonariuszy i pracowników Bieszczadzkiego Oddziału***

 ***Straży Granicznej w ramach badań profilaktycznych”***

 **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)