**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 21/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***

***prowadzonych przez lekarza medycyny pracy”***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia **za cenę oferty brutto :**

………………………………………. zł

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

zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj badania | J/m | Ilość | Cena brutto za osobę | Cena oferty brutto |
| 1. | Badanie lekarza medycyny pracy i wydanie orzeczenia o braku lub istnieniu przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku | osoba | 300 |  |  |
| 2. | Badanie lekarskie do celów sanitarno -epidemiologicznych wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego. | osoba | 50 |  |  |
|  | | | **RAZEM cena oferty brutto** | |  |

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 i czasie:

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

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

*(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).*

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 21/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 prowadzonych przez lekarza 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.

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

*(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 ……….….…..……

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 21/SZ/2019**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***

***DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU***

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 prowadzonych przez lekarza medycyny pracy”***

**I. OŚWIADCZENIE DOTYCZACE WYKONAWCY**

**Oświadczam/y**, że spełniam/y warunek udziału w postępowaniu określony przez Zamawiającego w Rozdziale V pkt. 1 ppkt. 1.2 Ogłoszenia.

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..……

**II. OŚWIADCZENIE DOTYCZACE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA**

*(należy wypełnić jeżeli Wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)*

1. Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu określonego  
   w Rozdziale V pkt. 1 ppkt. 1.2. Ogłoszenia Wykonawca, którego reprezentuję polega na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełna nazwa/firma i adres oraz KRS/CEiDG pomiotu trzeciego** | **Zakres udostępnionych zasobów** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu/ów wymienionych w pkt. 1 nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania w sytuacjach określonych w art. 24 ust. 1 pkt. 13 – 22 oraz ust. 5 pkt. 1 ustawy p.z.p.

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

(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

……………………….………….……. dnia ……….……..……

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 21/SZ/2019**

**WZÓR ZOBOWIĄZANIA**

**do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

Ja niżej podpisany ……….…………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(nazwa i adres podmiotu oddającego zasoby do dyspozycji Wykonawcy, składającemu ofertę )*

**zobowiązuję się** do oddania niżej wymienionych zasobów:

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

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

*(należy określić zasoby oddane do dyspozycji Wykonawcy, składającego ofertę)*

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa Wykonawcy składającego ofertę)*

przy wykonaniu zamówienia na usługi społeczne pod nazwą:

***„Świadczenie usług medycznych w postaci badań lekarskich specjalistycznych***

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

***Straży Granicznej prowadzonych przez lekarza medycyny pracy”***

**Ponadto oświadczam, iż**:

* + - 1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

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

* + - 1. udostępnione przeze mnie zasoby będą wykorzystane przez Wykonawcę przy wykonaniu przedmiotowego zamówienia w następujący sposób:

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

* + - 1. zakres i okres udziału zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego:

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

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

*(data) (podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli*

*w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*

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