|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ*****im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*** **ul. Mickiewicza 34** **37 – 700 Przemyśl** | logo_m |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

***Załącznik nr 1 do Ogłoszenia***

***postępowanie nr 36/SZ/2019***

**DRUK OFERTOWY**

**DANE WYKONAWCY:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy: ....................................................................Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:.............................................................................................Adres: ulica ................................. kod ........... miejscowość ....................tel.: ...................... fax: ................... e-mail....................................numer NIP ................................... numer REGON .................................   |

W odpowiedzi na ogłoszone postępowanie o udzielenie zamówienia na usługi społeczne pn.: ***„Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dotyczących cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu”*** – postępowanie nr 36/SZ/2019, zgodnie z warunkami określonymi w Ogłoszeniu:

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia:
	1. w zakresie **części I zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dla cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu

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

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

* 1. w zakresie **części II zamówienia –** Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych psychiatrycznych dla cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu

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

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

1. **Oświadczam/y,** że w cenie naszej 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, że** zapoznaliśmy się z Ogłoszeniem 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:
	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. **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** 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. **Zobowiązuję/my** 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).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ*****im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*****ul. Mickiewicza 34****37 – 700 Przemyśl** | logo_m |  |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

***Tabela nr 1 do druku ofertowego***

**postępowanie nr 36/SZ/2019**

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dotyczących cudzoziemców osadzonych
w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (5)**: cena jednostkowa brutto (4) x ilość (3)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Konsultacja otolaryngologiczna | 30 |  |  |
| 2. | Konsultacja dermatologiczna | 30 |  |  |
| 3. | Konsultacja neurologiczna | 30 |  |  |
| 4. | Konsultacja ortopedyczna | 20 |  |  |
| 5. | Konsultacja ginekologiczna | 50 |  |  |
| 6. | Konsultacja urologiczna | 20 |  |  |
| 7. | Konsultacja okulistyczna | 20 |  |  |
| 8. | Konsultacja chirurgiczna | 20 |  |  |
| 9. | Konsultacja pulmonologiczna | 5 |  |  |
| 10. | Konsultacja chirurgii dziecięcej | 15 |  |  |
| 11. | Konsultacja endokrynologiczna | 5 |  |  |
| 12. | Konsultacja reumatologiczna | 5 |  |  |
| 13. | Konsultacja kardiologiczna | 10 |  |  |
| 14. | Konsultacja gastrologiczna | 15 |  |  |
| 15. | Konsultacja chorób zakaźnych | 5 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** |  |

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

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ*****im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*****ul. Mickiewicza 34****37 – 700 Przemyśl** | logo_m |  |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

***Tabela nr 2 do druku ofertowego***

**postępowanie nr 36/SZ/2019**

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych psychiatrycznych dotyczących cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (5)**: cena jednostkowa brutto (4) x ilość (3)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena******jednostkowa******brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Konsultacja psychiatryczna | 50 |  |  |

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

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……. dnia ……….……..……

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ*****im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*****ul. Mickiewicza 34****37 – 700 Przemyśl** | logo_m |  |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

***Załącznik nr 2 do Ogłoszenia***

**postępowanie nr 36/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 specjalistycznych dotyczących cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu”***

 **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 upoważnionych*

 *przedstawicieli Wykonawcy*

**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:

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

 …………………………… ………….……………………

 *Miejscowość, data pieczęć i podpis upoważnionych*

 *przedstawicieli Wykonawcy*

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