|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ*****im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*****w Przemyślu** | logo_m |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 5/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 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*

1. **Dostępność do usługi w co najmniej jedną sobotę w miesiącu –** …….(należy wpisać **TAK** lub **NIE**)
2. **Oświadczam/y,** że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. **Oświadczam/y, że** uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
4. **Oświadczam/y, że** zapoznaliśmy się z Ogłoszeniem wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
5. **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 15:00)*

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** wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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 Rozporządzenia oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..……

**\*** *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 Rozporządzenia, treści oświadczenia Wykonawca nie składa (należy przekreślić).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ*****im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*****w Przemyślu** | logo_m |  |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 5/SZ/2020**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***

 ***o braku podstaw do wykluczenia składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy p.z.p.***

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