**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 15/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 medycznych specjalistycznych dla pracowników i funkcjonariuszy Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej***

***w zakresie badań prowadzonych przez lekarza medycyny pracy”***

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

|  |
| --- |
| zł |

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………

zgodnie z poniższą tabelą:

*Wzór do obliczenia ceny oferty brutto (6): cena brutto za jedna osobę (5) x ilość (4)*

*Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **ilość** | **Cena brutto**  **za jedną osobę** | **Cena oferty**  **brutto** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 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 przedmiot zamówienia świadczony będzie w niżej wskazanym miejscu i czasie:

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

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

*(należy wskazać nazwę i adres placówki, w której świadczone będą usługi medyczne)*

w godzinach od ….…… do ………. *(należy wpisać co najmniej od 8:00 do 15:00****\*****),* w dniach od poniedziałku do piątku.

**(\* warunek konieczny)**

1. **Oświadczam/y,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y,** że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
3. **Oświadczam/y,** żezapoznałem/liśmy się z treścią Ogłoszenia wraz z załącznikami i nie wnoszę/simy do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję/my warunki w nich zawarte.
4. **Oświadczam/y,** że przedmiot zamówienia będę/dziemy realizować: *(****\*****niepotrzebne skreślić)*

- samodzielnie**\***

- przy udziale podwykonawców**\***, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres podwykonawcy** | **Zakres powierzony podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczam/y**, że w przypadku przyznania mi/nam zamówienia, zobowiązuję/my 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 Rozporządzeniawobec 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 mi/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 ……….……..

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 15/SZ/2020**

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

***w zakresie badań 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/y, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy p.z.p. podjąłem/liśmy następujące środki naprawcze:

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

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….….…..……

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 15/SZ/2020**

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

***w zakresie badań prowadzonych przez lekarza medycyny pracy”***

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

**Oświadczam/y**, że spełniam/y warunek udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia – Rozdział V pkt. 1 ppkt 1.2. Ogłoszenia.

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….….…..……

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA**

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

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

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

1. **Oświadczam/y**, 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 15/SZ/2020**

***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 do dyspozycji Wykonawcy, składającemu ofertę, zasoby)*

**zobowiązuję się do oddania** na podstawie art. 22a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r – Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.) **niżej wymienionych zasobów :**

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

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

*(należy określić zasoby zawodowe do wykonania zamówienia)*

**do dyspozycji Wykonawcy:**

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

*(nazwa Wykonawcy składającego ofertę)*

przy wykonaniu zamówienia pn.:

***„Świadczenie usług medycznych specjalistycznych dla pracowników i funkcjonariuszy Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej***

***w zakresie badań 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 publicznego w następujący sposób:

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

1. okres na jaki udostępniam Wykonawcy zasoby przy wykonywaniu zamówienia publicznego:

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

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

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

*w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*

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