**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

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

***dotyczących funkcjonariuszy i pracowników BiOSG narażonych na wibrację”***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia:
   1. w zakresie **części I zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w zakresie radiologii dotyczących funkcjonariuszy i pracowników BiOSG narażonych na wibrację.

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

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

* 1. w zakresie **części II zamówienia** - Świadczenie usług medycznych specjalistycznych w postaci badań lekarskich, dotyczących próby oziębienia z termometrią skórną i próbą uciskową, ocena czucia wibracji metodą palestezjometrii dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG narażonych na wibrację.

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

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

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

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

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

w godz. od …..…….. do …………, od poniedziałku do piątku

*(należy wpisać co najmniej od 8:00 do 15:00)*

* 1. **Część II zamówienia**

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

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

w godz. od …..…….. do …………, od poniedziałku do piątku

*(należy wpisać co najmniej od 8:00 do 15:00)*

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 ……….……..…

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

**postępowanie nr 20/SZ/2020**

**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 zakresie radiologii dotyczących funkcjonariuszy i pracowników BiOSG narażonych na wibrację.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | RTG rąk | 30 |  |  |
| 2. | RTG stawów łokciowych | 30 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto:** | |  |

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

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..…

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

**postępowanie nr 20/SZ/2020**

**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 specjalistycznych w postaci badań lekarskich dotyczących próby oziębienia z termometrią skórną i próbą uciskową, ocena czucia wibracji metodą palestezjometrii dla funkcjonariuszy i pracowników BiOSG narażonych na wibrację.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Próba oziębienia z termometrią skórną i próbą uciskową, ocena czucia wibracji metodą palestezjometrii | 30 |  |  |

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

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

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..…

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

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

***dotyczących funkcjonariuszy i pracowników BiOSG narażonych na wibrację”***

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