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

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 23/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 laboratoryjnych wykonywanych w celach diagnostycznych i profilaktycznych dot. osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”***

1. **Oferuję/my** realizację przedmiotu zamówienia za cenę oferty brutto zgodnie z Tabelą do Druku ofertowego:

|  |
| --- |
| zł |

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

1. **Oświadczam/y,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **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 11:00****\*****),* w dniach od poniedziałku do piątku.

**(\* warunek konieczny)**

1. **Oferujemy\*,** możliwość skorzystania zusługi wykonania badań laboratoryjnych w placówce wskazanej w pkt 2:

w cztery soboty w miesiącu, w godzinach od ……….. do ………..

w trzy soboty w miesiącu, w godzinach od ………... do ….….…..

w dwie soboty w miesiącu, w godzinach od ….…….. do …….…..

w jedną sobotę w miesiącu, w godzinach od ……….. do ……..…..

**nie oferujemy**, możliwości skorzystania zusługi w sobotę

*\* /należy* ***zaznaczyć*** *proponowaną opcję/*

1. **Oświadczam/y,** że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
2. **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.
3. **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 ……….……..

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

***Tabela do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 23/SZ/2020**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

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 postaci badań laboratoryjnych wykonywanych w celach diagnostycznych i profilaktycznych dot. osób osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| ***Badania podstawowe:*** | | | | |
| 1. | Morfologia krwi | 300 |  |  |
| 2. | Mocz - badanie ogólne | 80 |  |  |
| 3. | Cukier w surowicy | 250 |  |  |
| 4. | VDRL | 250 |  |  |
| 5. | HBsAg | 250 |  |  |
| 6. | Anty HIV 1/2 | 250 |  |  |
| 7. | Anty HCV 3 - generacja | 250 |  |  |
| 8. | Test ciążowy we krwi (HCG) | 100 |  |  |
| ***Badania uzupełniające:*** | | | | |
| 9. | Helicobacter pylori I Gg | 10 |  |  |
| 10. | Bilirubina całk. | 50 |  |  |
| 11. | AST | 50 |  |  |
| 12. | ALT | 50 |  |  |
| 13. | Kreatynina | 25 |  |  |
| 14. | Lipidogram | 10 |  |  |
| 15. | Cholesterol całk. | 10 |  |  |
| 16. | Mocznik | 15 |  |  |
| 17. | Kwas moczowy | 15 |  |  |
| 18. | APTT | 5 |  |  |
| 19. | INR | 5 |  |  |
| 20. | TSH | 20 |  |  |
| 21. | FT3 | 10 |  |  |
| 22. | FT4 | 10 |  |  |
| 23. | Poziom żelaza we krwi | 10 |  |  |
| 24. | Mocz na posiew | 20 |  |  |
| 25. | Kał na jaja pasożytów | 20 |  |  |
| 26. | Plwocina na posiew Bk | 15 |  |  |
| 27. | CRP | 30 |  |  |
| 28. | D-dimery | 5 |  |  |
| 29. | Elektrolity | 25 |  |  |
| 30. | Amylaza w moczu | 5 |  |  |
| 31. | Amylaza we krwi | 5 |  |  |
| 32. | PSA całkowity | 5 |  |  |
| 33. | Grupa krwi | 10 |  |  |
| 34. | Quantiferon TB, test IGRA | 15 |  |  |
|  |  | **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*** | logo_m |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 23/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 w postaci badań laboratoryjnych wykonywanych w celach diagnostycznych i profilaktycznych dot. osób 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/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 ……….….…..……

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