|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 38/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 dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”**

1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia:
	1. w zakresie **części I zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dotyczących 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 dotyczących cudzoziemców osadzonych
	w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu

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

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

1. **Oświadczam/y,** że usługa medyczna świadczona będzie w:
	1. **Część I zamówienia**

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

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

w dni powszednie, wg harmonogramu poszczególnych poradni specjalistycznych, co najmniej 2 godziny dziennie, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa usługi medycznej*** | ***Dni świadczenia usługi medycznej*** | ***Godziny świadczenia usługi medycznej*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| 1. | Konsultacja otolaryngologiczna |  |  |
| 2. | Konsultacja dermatologiczna |  |  |
| 3. | Konsultacja neurologiczna |  |  |
| 4. | Konsultacja ortopedyczna |  |  |
| 5. | Konsultacja ginekologiczna |  |  |
| 6. | Konsultacja urologiczna |  |  |
| 7. | Konsultacja okulistyczna |  |  |
| 8. | Konsultacja chirurgiczna |  |  |
| 9. | Konsultacja pulmonologiczna |  |  |
| 10. | Konsultacja chirurgii dziecięcej |  |  |
| 11. | Konsultacja endokrynologiczna |  |  |
| 12. | Konsultacja reumatologiczna |  |  |
| 13. | Konsultacja kardiologiczna |  |  |
| 14. | Konsultacja gastrologiczna |  |  |
| 15. | Konsultacja chorób zakaźnych |  |  |

* 1. **Część II zamówienia**

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

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

w dni powszednie, wg harmonogramu poradni specjalistycznej psychiatrycznej, co najmniej 2 godziny dziennie, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa usługi medycznej*** | ***Dni świadczenia usługi medycznej*** | ***Godziny świadczenia usługi medycznej*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| 1. | Konsultacja psychiatryczna |  |  |

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 ……….……..

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

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

**postępowanie nr 38/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 specjalistycznych dotyczących cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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*** | logo_m |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

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

**postępowanie nr 38/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 specjalistycznych psychiatrycznych dotyczących cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców
w Przemyślu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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*** | logo_m |  |  **UNIA EUROPEJSKA** ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji***  | UE_LOGO |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 38/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 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.

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

 *(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)