**Załącznik nr 1.1 SWZ**

**Zadanie nr 1 - KMP Łomża/ SO WT KWP/ WKon KWP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 143 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 48 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 8 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 6 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 15 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 59 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 19 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 118 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 12 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 10 |  |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 4 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 24 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 14 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 12 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 4 |  |  |
| 17 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 18 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | 5 |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | 5 |  |  |
| 21 | Poziom glukozy | 8 |  |  |
| 22 | Bilirubina | 6 |  |  |
| 23 | ALAT | 3 |  |  |
| 24 | ASPAT | 3 |  |  |
| 25 | P/HCV | 2 |  |  |
| 26 | Cholesterol całkowity | 4 |  |  |
| 27 | Rtg. klatki piersiowej | 20 |  |  |
| 28 | EKG spoczynkowe | 20 |  |  |
| 29 | Spirometria | 2 |  |  |
| 30 | Audiogram | 10 |  |  |
| 31 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 4 |  |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 15 |  |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 6 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.2 SWZ**

**Zadanie nr 2 - KMP Suwałki, CBŚP KGP z miejscem pełnienia służby Suwałki**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 148 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 184 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 4 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 6 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 20 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 92 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 104 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 12 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 12 |  |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 4 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 44 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 23 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 17 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 20 |  |  |
| 17 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 4 |  |  |
| 18 | Konsultacja: psychologa | 6 |  |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | 30 |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | 30 |  |  |
| 21 | Poziom glukozy | 30 |  |  |
| 22 | Bilirubina | 30 |  |  |
| 23 | ALAT | 30 |  |  |
| 24 | ASPAT | 30 |  |  |
| 25 | P/HCV | 20 |  |  |
| 26 | Cholesterol całkowity | 20 |  |  |
| 27 | Rtg. klatki piersiowej | 16 |  |  |
| 28 | EKG spoczynkowe | 20 |  |  |
| 29 | Spirometria | 15 |  |  |
| 30 | Audiogram | 15 |  |  |
| 31 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 4 |  |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 12 |  |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 8 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 6 |  |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 20 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.3 SWZ**

**Zadanie nr 3 – KPP Hajnówka / WKon KWP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 31 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 19 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 3 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 11 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 27 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 46 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 7 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 7 |  |  |
| 12 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 28 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 17 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 10 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | 12 |  |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | 12 |  |  |
| 20 | Poziom glukozy | 12 |  |  |
| 21 | Bilirubina | 6 |  |  |
| 22 | ALAT | 4 |  |  |
| 23 | ASPAT | 4 |  |  |
| 24 | P/HCV | 2 |  |  |
| 25 | Cholesterol całkowity | 6 |  |  |
| 26 | Rtg. klatki piersiowej | 8 |  |  |
| 27 | EKG spoczynkowe | 20 |  |  |
| 28 | Spirometria | 10 |  |  |
| 29 | Audiogram | 6 |  |  |
| 30 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 4 |  |  |
| 31 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 4 |  |  |
| 32 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 33 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 34 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 10 |  |  |
| 35 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 3 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 10 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  | 10 |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.4 SWZ**

**Zadanie nr 4 – KPP Kolno**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 40 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 24 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 3 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 3 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 12 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 14 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 10 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 48 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 12 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 7 |  |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 7 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 20 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 15 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 12 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 18 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | 15 |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | 15 |  |  |
| 21 | Poziom glukozy | 10 |  |  |
| 22 | Bilirubina | 4 |  |  |
| 23 | ALAT | 4 |  |  |
| 24 | ASPAT | 4 |  |  |
| 25 | P/HCV | 2 |  |  |
| 26 | Cholesterol całkowity | 6 |  |  |
| 27 | Rtg. klatki piersiowej | 5 |  |  |
| 28 | EKG spoczynkowe | 5 |  |  |
| 29 | Spirometria | 4 |  |  |
| 30 | Audiogram | 4 |  |  |
| 31 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 18 |  |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 10 |  |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 3 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 6 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.5 SWZ**

**Zadanie nr 5 – KPP Mońki**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 43 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 29 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 2 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 5 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 14 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 9 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 21 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 46 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 14 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 8 |  |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 5 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 23 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 12 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 8 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 18 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | 9 |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | 9 |  |  |
| 21 | Poziom glukozy | 8 |  |  |
| 22 | Bilirubina | 4 |  |  |
| 23 | ALAT | 2 |  |  |
| 24 | ASPAT | 2 |  |  |
| 25 | P/HCV | 2 |  |  |
| 26 | Cholesterol całkowity | 12 |  |  |
| 27 | Rtg. klatki piersiowej | 16 |  |  |
| 28 | EKG spoczynkowe | 12 |  |  |
| 29 | Spirometria | 4 |  |  |
| 30 | Audiogram | 4 |  |  |
| 31 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 4 |  |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 10 |  |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 5 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 5 |  |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 6 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.6 SWZ**

**Zadanie nr 6 – KPP Sejny**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 53 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 32 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 2 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 5 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 19 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 9 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 30 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 37 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 12 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 8 |  |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 5 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 18 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 14 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 8 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 18 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | 8 |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | 8 |  |  |
| 21 | Poziom glukozy | 7 |  |  |
| 22 | Bilirubina | 7 |  |  |
| 23 | ALAT | 2 |  |  |
| 24 | ASPAT | 2 |  |  |
| 25 | P/HCV | 2 |  |  |
| 26 | Cholesterol całkowity | 6 |  |  |
| 27 | Rtg. klatki piersiowej | 6 |  |  |
| 28 | EKG spoczynkowe | 6 |  |  |
| 29 | Spirometria | 3 |  |  |
| 30 | Audiogram | 3 |  |  |
| 31 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 6 |  |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 8 |  |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 20 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.7 SWZ**

**Zadanie nr 7 – KPP Siemiatycze**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 37 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 11 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 9 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 9 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 10 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 16 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 44 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 9 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 12 |  |  |
| 12 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 26 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 18 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 12 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | 9 |  |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | 9 |  |  |
| 20 | Poziom glukozy | 8 |  |  |
| 21 | Bilirubina | 6 |  |  |
| 22 | ALAT | 4 |  |  |
| 23 | ASPAT | 4 |  |  |
| 24 | P/HCV | 2 |  |  |
| 25 | Cholesterol całkowity | 6 |  |  |
| 26 | Rtg. klatki piersiowej | 8 |  |  |
| 27 | EKG spoczynkowe | 8 |  |  |
| 28 | Spirometria | 3 |  |  |
| 29 | Audiogram | 3 |  |  |
| 30 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 8 |  |  |
| 31 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 12 |  |  |
| 32 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 33 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 34 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 5 |  |  |
| 35 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 3 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 8 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.8 SWZ**

**Zadanie nr 8 – KPP Sokółka**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 51 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 24 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 2 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 6 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 17 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 11 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 18 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 12 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 66 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 12 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 14 |  |  |
| 12 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 30 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 22 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 18 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | 14 |  |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | 14 |  |  |
| 20 | Poziom glukozy | 12 |  |  |
| 21 | Bilirubina | 7 |  |  |
| 22 | ALAT | 2 |  |  |
| 23 | ASPAT | 2 |  |  |
| 24 | P/HCV | 2 |  |  |
| 25 | Cholesterol całkowity | 6 |  |  |
| 26 | Rtg. klatki piersiowej | 8 |  |  |
| 27 | EKG spoczynkowe | 8 |  |  |
| 28 | Spirometria | 4 |  |  |
| 29 | Audiogram | 4 |  |  |
| 30 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 6 |  |  |
| 31 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 12 |  |  |
| 32 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 33 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 8 |  |  |
| 34 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 5 |  |  |
| 35 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 5 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.9 SWZ**

**Zadanie nr 9 – KPP Wysokie Mazowieckie**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 65 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 40 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 3 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 3 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 11 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 37 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 9 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 10 |  |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 2 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 25 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 18 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 11 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 18 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | 14 |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | 14 |  |  |
| 21 | Poziom glukozy | 12 |  |  |
| 22 | Bilirubina | 4 |  |  |
| 23 | ALAT | 2 |  |  |
| 24 | ASPAT | 2 |  |  |
| 25 | P/HCV | 2 |  |  |
| 26 | Cholesterol całkowity | 4 |  |  |
| 27 | Rtg. klatki piersiowej | 6 |  |  |
| 28 | EKG spoczynkowe | 8 |  |  |
| 29 | Spirometria | 4 |  |  |
| 30 | Audiogram | 4 |  |  |
| 31 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 16 |  |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 8 |  |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 8 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 6 |  |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 5 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.10 SWZ**

**Zadanie nr 10 – KPP Zambrów**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2 (postępowanie nr 45/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 24 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 19 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 2 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 2 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 7 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 7 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 8 |  |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowaneprzy jednoczesnym wykonywaniu badań okresowych (cena pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, laboratoryjne i diagnostyczne przy badaniach okresowych) | 3 |  |  |
| 11 | Badania psychotechniczne kierowcy | 3 |  |  |
| 12 | Konsultacja lekarza specjalisty: okulisty | 20 |  |  |
| 13 | Konsultacja lekarza specjalisty: laryngologa | 14 |  |  |
| 14 | Konsultacja lekarza specjalisty: neurologa | 8 |  |  |
| 15 | Konsultacja lekarza specjalisty: kardiologa | 2 |  |  |
| 16 | Konsultacja lekarza specjalisty: psychiatry | 2 |  |  |
| 17 | Konsultacja: psychologa | 2 |  |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | 12 |  |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | 12 |  |  |
| 20 | Poziom glukozy | 10 |  |  |
| 21 | Bilirubina | 4 |  |  |
| 22 | ALAT | 2 |  |  |
| 23 | ASPAT | 2 |  |  |
| 24 | P/HCV | 2 |  |  |
| 25 | Cholesterol całkowity | 4 |  |  |
| 26 | Rtg. klatki piersiowej | 6 |  |  |
| 27 | EKG spoczynkowe | 12 |  |  |
| 28 | Spirometria | 4 |  |  |
| 29 | Audiogram | 4 |  |  |
| 30 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 4 |  |  |
| 31 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 3 |  |  |
| 32 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 2 |  |  |
| 33 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 4 |  |  |
| 34 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
| 35 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 6 |  |  |
|  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |  |

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 2 SWZ**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

przystępując do postępowania na:

**ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI – 2**

**(postępowanie nr 45/U/21)**

|  |
| --- |
| składam następujące oświadczenie/a: |

|  |
| --- |
|  |
| * 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1 - 6.
	2. Oświadczam, że **zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia** z postępowania na podstawie art. ……..…….. ustawy Pzp *(jeżeli dotyczy: podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z wystąpieniem okoliczności wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 lub 5, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze (wymienić jeżeli dotyczy):………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………... |

**Załącznik nr 3 SWZ**

1. Przedmiotem zamówieniajestświadczenie usług medycznych obejmujących badania
z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników i funkcjonariuszy Policjioraz wydawanie orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, w zakresie:

1. badań okresowych policjantów służby kryminalnej, śledczej, prewencyjnej i policji sądowej,
2. badań okresowych policjantów realizujących działania bojowe w komórkach kontrterrorystycznych Policji,
3. badań okresowych policjantów służby wspomagającej działalność Policji w zakresie organizacyjnym, logistycznym i technicznym,
4. badań wstępnych i okresowych pracowników Policji,
5. badan kontrolnych policjantów i pracowników Policji,
6. badań osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi,
7. badań osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej,
8. badań lekarskich dla celów sanitarno – epidemiologicznych,
9. badań oceniających widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie,
10. wydania opinii dotyczącej stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy,
11. udziału lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy,
12. szczepień ochronnych p/KZM,
13. szczepień ochronnych /tężcowi,
14. szczepień ochronnych p/WZW B.

Szczegółowe rodzaje i ilości usług medycznych dla poszczególnych zadań częściowych określają formularze ofertowe, stanowiące załączniki 1.1 – 1.10 SWZ.

1. Świadczenia zdrowotne będą realizowane przez Wykonawcę na podstawie aktualnych skierowań wystawionych przez osoby upoważnione do ich wystawienia i rejestracji.
2. Przedmiot zamówienia będą realizowały osoby uprawione do realizowania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wykonawca zapewnia, że świadczone usługi wykonywane będą z należytą starannością, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną oraz z zachowaniem zasad etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta określonych w przepisach prawa.
3. Szczegółowy zakres i częstotliwość badań profilaktycznych dla policjantów lekarze służby medycyny pracy określają na podstawie załączników do rozporządzenia MSWiA z dnia
9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U.
z 2017 r., poz. 110 ze zm.). Szczegółowy zakres i częstotliwość badań okresowych pracowników lekarze służby medycyny pracy określają na podstawie załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 2067 ze zm.). Zakres i częstotliwość badań kierowców i osób kierujących pojazdami silnikowymi lekarze medycyny pracy określają na podstawie ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r., poz. 1212), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 2213), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. z 2014 r., poz. 937 ze zm.).
4. Badanie okresowe policjantów – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych
i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz.U. z 2017 r. poz. 110 ze zm.) – obejmują:

|  |
| --- |
| **Rodzaje badań** |
| **Badania okresowe policjanta wg. Zał. 1/1**Zakres badań okresowych policjantów służby kryminalnej, spraw wewnętrznych, prewencyjnej oraz policji sądowej - do 40 roku życia:*Badania lekarskie: badanie przez lekarza uprawnionego do wykonywania zadań służby medycyny pracy, okulistę, laryngologa, neurologa, kardiologa**Badania laboratoryjne: morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina, ALAT, ASPAT, przeciwciała HIV, HCV**Badania diagnostyczne: rtg klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, spirometria, audiogram* |
| **Badania okresowe policjanta wg. Zał. 1/2**Zakres badań okresowych policjantów służby kryminalnej, spraw wewnętrznych, prewencyjnej oraz policji sądowej - powyżej 40 roku życia:Badania lekarskie: *badanie przez lekarza uprawnionego do wykonywania zadań służby medycyny pracy, okulistę, laryngologa, neurologa, kardiologa, ortopedę*Badania laboratoryjne: *morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina, ALAT, ASPAT, przeciwciała HIV, HCV*Badania diagnostyczne*: rtg klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, spirometria, audiogram* |
| **Badania okresowe policjanta wg. Zał. 3/1**Zakres badań okresowych policjantów służby wspomagającej działalność policji w zakresie organizacyjnym, logistycznym i technicznym - do 40 roku życia:Badania lekarskie*:* *badanie przez lekarza uprawnionego do wykonywania zadań służby medycyny pracy, okulistę*Badania laboratoryjne: *morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina,*Badania diagnostyczne: r*tg klatki piersiowej, ekg spoczynkowe* |
| **Badania okresowe policjanta wg. Zał. 3/2**Zakres badań okresowych policjantów służby wspomagającej działalność policji w zakresie organizacyjnym, logistycznym i technicznym *- powyżej 40 roku życia:*Badania lekarskie*:* *badanie przez lekarza uprawnionego do wykonywania zadań służby medycyny pracy, okulistę, neurologa*Badania laboratoryjne: *morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina*,Badania diagnostyczne: *rtg klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, spirometria* |

1. W ramach przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany będzie do:
2. prowadzenia oraz aktualizacji dokumentacji medycznej i danych osobowych osób badanych oraz chronienia jej i udostępniania zgodnie z obowiązującymi przepisami,
3. prowadzenia ewidencji wykonanych świadczeń zdrowotnych za każdy miesiąc, z uwzględnieniem rodzaju i ilości poszczególnych usług zrealizowanych dla każdego uprawnionego do świadczeń,
4. przejęcia od poprzedniego Wykonawcy dokumentacji medycznej i ewidencji zgłoszeń.
5. Ilości świadczonych usług, określone w formularzach ofertowych, przyjęte zostały przez Zamawiającego szacunkowo w celu wyliczenia ceny oferty i nie mogą być podstawą roszczeń ze strony Wykonawcy. Faktyczna ilość zlecanych usług wynikać będzie z rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, przy czym łączna wartość zleceń nie przekroczy kwoty wynikającej z wartości umowy, tj. ceny najkorzystniejszej oferty.
6. Zamawiający wymaga, aby usługi wykonywane były w obiektach lub budynkach, spełniających wymagania stawiane zakładom opieki zdrowotnej w dni robocze od poniedziałku do piątku,
w godzinach co najmniej od 8.00 do 15.00.

Wykonawca również obowiązany jest zapewnić:

a) gabinety w ilości odpowiedniej do liczby lekarzy wykonujących zadania wynikające z umowy,

b) gabinet zabiegowy, w którym Wykonawca zapewni pobieranie materiału do badań laboratoryjnych co najmniej w godzinach od 8.00 do 10.00,

c) urządzenie EKG,

d) pracownię RTG.

1. Wykonawca musi zapewnić realizację badań przez lekarzy specjalistów (kardiolog, okulista, laryngolog, neurolog, ortopeda) z pierwszeństwem policjantom i pracownikom Zamawiającego, minimum 2 dni w tygodniu po 2 godziny.
2. Termin realizacji zamówienia: 24 miesiące licząc od 01.01.2022 r.

**Załącznik nr 4 SWZ**

**UMOWA nr** ………………. **(projekt)**

Zawarta dnia ………………. w Białymstoku pomiędzy:

**Skarbem Państwa – Komendantem Wojewódzkim Policji w Białymstoku**

z siedzibą w Białymstoku: ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok, NIP: 542-020-78-68

reprezentowanym przez:

Zastępcę Komendanta Wojewódzkiego Policji w Białymstoku – Sławomira Wilczewskiego,

zwanym dalej **„Zamawiającym”**,

a …………………………………………………………………………..………………….……

z siedzibą …………………………………………………………………………………………

reprezentowanym przez: ………………………………………………………………………..

wpisaną w dniu ……………… r. do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez:

Sąd Rejonowy w ……………………….. Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: …………..… / centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, NIP: ………….., REGON: …………….,

zwanym dalej **„Wykonawcą”**.

Niniejsza umowa została zawarta w wyniku postępowania przeprowadzonego w trybie podstawowym. Postępowanie przeprowadzono zostało na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm*.*).

Pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą została zawarta umowa następującej treści:

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest udzielanie odpłatnego świadczenia usług z zakresu medycyny pracy policjantom i pracownikom Policji ............................................, polegających między innymi na wykonywaniu niżej wymienionych badań oraz czynności:

1. wykonywanie badań okresowych i kontrolnych policjantów, na zasadach określonych w *Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U. z 2017 poz.110 z późn. zm.),*
2. wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników Policji na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r*. *w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. 2016 r. poz. 2067 ze zm.),*
3. dodatkowe badania lekarskie w wypadkach określonych w *ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 1320 ze zm.)* przeprowadzane po zgłoszeniu przez pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy, w tym badania lekarskie stwierdzające przeciwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko, o których mowa w art. 179 Kodeksu pracy, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2006 r. w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko
(Dz. U 2006 nr 42, poz. 292),*
4. wykonywanie badań kierowców lub osoby kierującej pojazdem służbowym, uprzywilejowanym na zasadach określonych w u*stawie z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 1212)*  przepisach wykonawczych do ustawy[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2) oraz *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz.U. 2016 r.
poz. 2067 ze zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami oraz osób wykonujących pracę na stanowiskach kierowcy (Dz.U. z 2014 r. poz.937),*
5. badania osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej na zasadach określonych
w *ustawie z dnia 21.12.2000 r. o żegludze śródlądowej (t.j. Dz.U. z 2020 poz. 1863)* oraz *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej (Dz.U z 2003 r poz. 199, poz. 1949),*
6. wykonywanie szczepień ochronnych zgodnie z art. 20 *ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.*
*o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* *(t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.)* oraz *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. z 2012 r. poz. 40),*
7. badania lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.),
8. wydawanie opinii dotyczącej stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy, zgodnie z *wytycznymi Nr 2 Komendanta Głównego Policji z 29 marca 2002 r. w sprawie zasad nabywania i gospodarowania miejscami na turnusach profilaktyczno-rehabilitacyjnych i turnusach antystresowych w jednostkach organizacyjnych Policji (Dz. Urz. KGP poz. 28 z późn. zm.),*
9. udział lekarza w pracach komisji związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy na podst. art. 237¹² § 1 *ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 1320 ze zm.).*

**§ 2**

Zamawiający wyraża zgodę na powierzenie wykonania części umowy podwykonawcy przy zachowaniu następujących warunków:

1. Wykonanie usług przez podwykonawcę nie zwalnia Wykonawcy od odpowiedzialności i zobowiązań wynikających z niniejszej umowy. Wykonawca jest odpowiedzialny za działania, uchybienia i zaniedbania podwykonawcy, w takim zakresie, jak gdyby były one działaniami, uchybieniami i zaniedbaniami samego Wykonawcy.
2. Wykonawca w pełni odpowiada za wykonanie całości zamówienia, za jakość i terminowość usług wykonywanych przez podwykonawców.
3. Wykonawca na 30 dni przed planowanym powierzeniem części umowy podwykonawcy jest zobowiązany pisemnie powiadomić Zamawiającego o powierzeniu wykonywania części umowy podwykonawcy, wskazując tego podwykonawcę – podając nazwę, dane kontaktowe i przedstawicieli oraz zakres powierzonych mu czynności. Powiadomienie to powinno nastąpić przed faktycznym przystąpieniem podwykonawcy do realizacji umowy. Wykonawca zawiadamia zamawiającego o wszelkich zmianach w odniesieniu do informacji, o których mowa w zdaniu pierwszym, w trakcie realizacji umowy, a także przekazuje wymagane informacje na temat nowego podwykonawcy, któremu w późniejszym okresie zamierza powierzyć realizację części umowy.
4. W sytuacjach nagłych dopuszcza się odstąpienie od terminu 30 dni wymienionego w pkt 1 zachowując formę pisemną oraz wymóg wyrażenia zgody przez Zamawiającego.

**§ 3**

1. Wykonawca w terminie do 30 dni od przejęcia dokumentacji medycznej funkcjonariuszy i pracowników Zamawiającego utworzy ewidencję zgłoszeń na badania zawierającą:

1) imię i nazwisko, PESEL funkcjonariusza, pracownika,

2) datę rejestracji (telefonicznie /osobiście),

3) datę wyznaczenia badania,

4) datę zgłoszenia się funkcjonariusza, pracownika,

5) datę przeprowadzenia badania,

6) rodzaj zleconych badań,

7) datę wydania i ważności zaświadczenia.

2. Wykonawcazobowiązany jest w okresie obowiązywania umowy, o którym mowa w § 12 do prowadzenia oraz aktualizacji ewidencji.

3. Wykonawcazobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji, o której mowa w ust. 1, chronienia jej
i udostępniania zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. z 2010 r. Nr 149, poz. 1002).*

4. W przypadku rozwiązania umowy lub upływu terminu jej obowiązywania, Wykonawca w terminie do 14 dni licząc od daty przekazania przez Zamawiającego pisemnego wezwania, zobowiązany jest do protokolarnego przekazania jednostce służby medycyny pracy wskazanej przez Zamawiającego:

1) dokumentacji medycznej funkcjonariuszy i pracowników,

2) ewidencji zgłoszeń.

**§ 4**

1. Realizacja świadczeń, o których mowa w § 1, będzie następować na podstawie aktualnych skierowań, wystawionych w imieniu Zamawiającego przez osoby upoważnione.

2. Skierowania, o których mowa w ust. 1 będą stanowiły podstawę do wystawienia faktury za miesiąc, w którym badania zostały wykonane. W przypadku ewentualnych wątpliwości, co do celu badania, wiążąca będzie treść zawarta w skierowaniu.

3. Skierowania na badania okresowe, kontrolne, kierowców pojazdu służbowego wystawione będą w trzech egzemplarzach, z których jeden egzemplarz pozostaje w karcie badań, drugi egzemplarz po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy zostaje wraz z fakturą przekazany na adres Zamawiającego, trzeci egzemplarz jest przeznaczony dla osoby kierowanej na badanie (zał. nr 1 i 2).

4. Skierowanie na badanie i szczepienia, o których mowa w §1ust. 4, 5, 6, 7 (zał. nr 3, 4) będzie wystawiane w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz pozostaje w karcie badań policjanta/pracownika, drugi egzemplarz po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy wraz z fakturą zostaje przekazany Zamawiającemu.

5. Ważność skierowania wynosi 30 dni licząc od daty rejestracji przez osobę upoważnioną. Osoba upoważniona uprawniona jest do zmiany daty rejestracji potwierdzając to pieczęcią i podpisem.

6. Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić badania, o których mowa w § 1 i wydać stosowne orzeczenie lekarskie w terminie do 3 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia się na badanie,w przypadku badań kontrolnych w dniu stawienia się policjanta/pracownika.

7. Wykonawca zapewnia dostępność min. 1 lekarza profilaktyka 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku).

8. W wyjątkowych przypadkach (badania specjalistyczne) termin badania może zostać przedłużony maksymalnie do 5 dni roboczych licząc od dnia rozpoczęcia badań przez policjanta/pracownika.

9. Szczepienia odbywać się będą w dniu zgłoszenia się osoby do gabinetu zabiegowego, punktu szczepień.

10. Rejestracji osób uprawnionych dokonuje Wykonawca w prowadzonym u siebie rejestrze pacjentów.

11. Indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca realizacji niniejszej umowy, będzie zakładana przez lekarza profilaktyka podczas pierwszego zgłoszenia się funkcjonariusza lub pracownika.

12. Dokumentacja wymieniona w ust. 10 i 11 będzie przechowywana i udostępniana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

13. Częstotliwość i zakres lekarskiego badania okresowego policjanta, wzór skierowania na badanie okresowe i kontrolne policjantów oraz wzór orzeczenia lekarskiego określają załączniki do *rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U. z 2017 poz. 110 z późn. zm.)*.

14. O częstotliwości okresowych badań lekarskich pracowników Policji decyduje lekarz medycyny pracy, zgodnie ze wskazówkami metodycznymi w sprawie przeprowadzenia badań profilaktycznych pracowników wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych
w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 2067 ze zm.).

**§ 5**

Zamawiającyuzna należyte wykonanie zleconych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1, pod warunkiem:

1) wydania pisemnego orzeczenia (w dwóch egzemplarzach: jeden egzemplarz Zamawiającemu, drugi egzemplarz pacjentowi) przez lekarza medycyny pracy, lekarza uprawnionego do badania kierowców (oddzielnie do każdego przeprowadzonego badania),

2) przygotowania i załączenia do faktury, o której mowa w § 10 ust. 1:

a) skierowań potwierdzonych poprzez wypełnienie odpowiednich rubryk (do faktury należy dołączyć oryginał skierowania),

b) wykazu imiennego osób (sporządzonego wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6do umowy) wraz z kosztami wykonanych badań lekarskich, z wyszczególnieniem rodzaju i ilości poszczególnych usług zrealizowanych dla każdego uprawnionego do świadczeń.

**§ 6**

1. Świadczenia zdrowotne określone w § 1 pkt. 1-7 będą udzielane w obiekcie/obiektach na terenie ................................................................ spełniającym/spełniających wymagania stawiane zakładom opieki zdrowotnej.
2. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić:
3. gabinety w ilości odpowiedniej do liczby lekarzy wykonujących zadania wynikające z umowy,
4. gabinet zabiegowy, w którym Wykonawca zapewni pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
5. urządzenie EKG,
6. pracownię RTG,
7. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić pracę obiektu, o którym mowa w ust. 1 i wykonanie w nim usług w dni robocze od poniedziałku do piątku.
8. Wykonawca zobowiązany jest powiadomić każdorazowo (telefonicznie i pisemnie) o zmianie adresu placówki, w której wykonywane będą badania, w terminie do 14 dni przed każdą zmianą.

**§ 7**

Wykonawca zobowiązuje się wobec Zamawiającego do:

1. przekazywania Zamawiającemu zaświadczeń lekarskich za pośrednictwem badanych osób,
2. wydania zaświadczenia przez lekarza przeprowadzającego badanie okresowe policjantów/pracowników, na podstawie orzeczenia wydanego przez okulistę o potrzebie stosowania szkieł korekcyjnych do obsługi monitora ekranowego (zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 5),
3. przestrzegania tajemnicy w zakresie dokumentacji medycznej i danych osobowych osób badanych,
4. poddania się kontroli, w szczególności dotyczącej zakresu i sposobu udzielania świadczeń,
o których mowa w § 1 oraz dotyczących rozliczeń za świadczone usługi, zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie.

**§ 8**

Zamawiający zobowiązuje się wobec Wykonawcy do:

1. niezwłocznego przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników, a także na każde uzasadnione żądanie lekarza profilaktyka,
2. zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy/służby w celu dokonania oceny warunków pracy przez lekarzy medycyny pracy,
3. udostępnienia dokumentacji wyników wewnętrznych kontroli warunków pracy/służby, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia, przeprowadzanych przez służby bhp i organy sprawujące nadzór nad zagadnieniami bezpieczeństwa i higieny pracy.

**§ 9**

1. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia ewidencji wykonanych świadczeń zdrowotnych za każdy miesiąc, z uwzględnieniem rodzaju i ilości poszczególnych usług zrealizowanych dla każdego uprawnionego do świadczeń.
2. Wartość wynagrodzenia umownego za określony w § 1 przedmiot umowy wynosi ***………………….*** brutto, słownie: ***……………………………………*,** zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik nr 7 do umowy.
3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2 obejmuje wszelkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu umowy, w tym m.in.: koszt materiałów i odczynników użytych do realizacji usługi.
4. Wycena świadczeń, zrealizowanych zgodnie z ewidencją określoną w ust. 1, będzie prowadzona w oparciu o wykaz imienny osób (sporządzony wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6do umowy) wraz z kosztami wykonanych badań lekarskich, a w przypadku konieczności przeprowadzenia badań dodatkowych – nieujętych w wykazie, według stawek obowiązujących w cenniku Wykonawcy.
5. Stawki podane w formularzu ofertowym są kwotami brutto i nie ulegają zmianie przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem § 15 ust. 2 niniejszej umowy.
6. Realizacja świadczeń dodatkowych zleconych przez lekarza medycyny pracy, nieujętych w umowie i cenniku Wykonawcy, wymaga pisemnego zlecenia lub telefonicznego uzgodnienia z Zamawiającym, a koszt poniesiony przez Wykonawcę powinien być uwzględniony w fakturze wystawianej Zamawiającemu za dany miesiąc.
7. Wykonawca oświadcza, że w cenach usług podanych w załączniku uwzględnił koszt:
	* 1. wykonania usług, o których mowa w § 1,
		2. materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, o których mowa w § 1,
		3. dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy, o których mowa w § 1 pkt. 9.

**§ 10**

1. Wykonawca zobowiązuje się do wystawiania faktur po każdym miesiącu kalendarzowym udzielania świadczeń, w oparciu o ewidencję określoną w § 9 ust. 1 (z dołączoną informacją
o cenach wykonanych dodatkowo badań i konsultacji specjalistycznych)oraz skierowania,
o których mowa w § 4.
2. Wykonawca zobowiązany jest przekazać fakturę Zamawiającemu w terminie do 7 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, którego faktura dotyczy.
3. Zamawiający zobowiązuje się dokonać płatności za wszystkie usługi z zakresu medycyny pracy świadczone na jego rzecz, w terminie do 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury wraz z załącznikami, w formie przelewu bankowego na rachunek bankowy Wykonawcy nr …...……............................................................., ujęty na białej liście podatników.
4. Płatnikiem będzie Zamawiający: Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku, 15-003 Białystok, ul. Sienkiewicza 65, NIP 542-020-78-68.
5. Za termin zapłaty uznaje się datę obciążenia przez bank rachunku Zamawiającego.
6. O każdorazowej zmianie rachunku Wykonawca powiadomi Zamawiającego na piśmie podpisanym przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy.
7. Zmiana rachunku bankowego nie wymaga sporządzenia aneksu do umowy.

**§11**

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność w zakresie kar umownych. W razie nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną:
2. za zwłokę w przekazaniu dokumentacji w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 4 – w wysokości 0,2 % wartości umownej, o której mowa w § 9 ust. 2, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w stosunku do terminu określonego w § 3 ust. 4,
3. w wysokości 10% wartości umownej, o której mowa w § 9 ust. 2, w przypadku gdy którakolwiek ze stron odstąpi od umowy z przyczyn zależnych od Wykonawcy,
4. w przypadku nienależytego wykonania usługi – w wysokości 2 (dwu) krotności wartości brutto danej nienależycie wykonanej usługi,
5. w przypadku wykonania usługi z przekroczeniem terminów określonych w § 4 ust. 6 i 8 umowy – w wysokości 2 (dwu) krotności wartości brutto danej nienależycie wykonanej usługi,
6. za brak zapłaty lub nieterminową zapłatę wynagrodzenia należnego podwykonawcom, w tym za niewywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w § 15 ust. 4 umowy ***–***w wysokości 2 (dwu) krotności wartości brutto każdej nieopłaconej lub nieterminowo opłaconej usługi, należnego podwykonawcom.
7. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
8. Zamawiający może potrącić należności wynikające z kar umownych przy opłacaniu faktur za realizację przedmiotu umowy.
9. Maksymalna łączna wysokość kar umownych może wynieść 15 %wartości całkowitego wynagrodzenia umownego przysługującego Wykonawcy określonego w § 9 ust. 2.
10. Wykonawca oświadcza, iż wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego kwot naliczonych, w przypadku o którym mowa w ust. 1 z przysługującej mu od Zamawiającegowierzytelności. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.
11. Zamawiającyoświadcza, że wystawi Wykonawcynotę obciążeniową zawierającą szczegółowe naliczenie kwot w przypadku sytuacji, o której mowa w ust. 1.

**§ 12**

* 1. Umowa obowiązuje przez 24 miesiące licząc od 1 stycznia 2022 r. lub do wyczerpania kwoty,
	o której mowa w § 9 ust. 2.
	2. Wykonawca zobowiązany jest wykonać usługę do dnia 31 stycznia 2024 r. osobie, której wystawiono skierowanie na badanie w grudniu 2023 r.

**§ 13**

1. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

1. powtarzających się opóźnień w realizowaniu usług w stosunku do terminów określonych
w § 4 ust. 6 i 8 umowy,
2. nieprzestrzegania warunków określonych w niniejszej umowie.
3. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności i powinno zawierać uzasadnienie.
4. Prawo odstąpienia od umowy ex nunc przysługuje Zamawiającemu do końca okresu jej realizacji. Odstąpienie od umowy może nastąpić w terminie 14 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach wymienionych w ust. 1 pkt 1) - 2).
5. Odstąpienie od umowy z powodów wskazanych w ust. 1 pkt 1) – 2) uznaje się za odstąpienie od umowy z winy leżącej po stronie Wykonawcy.

**§ 14**

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o zaistnieniu istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić podstawowemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

**§ 15**

1. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany postanowień zawartej umowy, o ile zmiana:
2. nie wpływa w sposób istotny na charakter pierwotnej umowy,
3. nie narusza równowagi ekonomicznej stron umowy na korzyść Wykonawcy,
4. w sposób znaczny nie rozszerza lub nie zmniejsza zakresu zobowiązań,
5. spowodowana jest okolicznościami, których Zamawiający działając z należytą starannością, nie mógł przewidzieć, o ile zmiana nie modyfikuje ogólnego charakteru umowy, a wzrost ceny spowodowany każdą kolejną zmianą nie przekracza 50% wartości pierwotnej umowy,
6. jest niższa niż 10% wartości pierwotnej umowy i nie powoduje zmiany ogólnego charakteru umowy.
7. Dopuszcza się zmianę wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy, w przypadku:
8. zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej ustalonych na podstawie art. 2 ust 3 – 5 ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę *(Dz.U. z 2020 r. poz. 2207)*, pod warunkiem wykazania przez Wykonawcę, że zmiany te mają wpływ na koszty wykonania zamówienia wraz z pełnym uzasadnieniem i wskazaniem procentowego wzrostu tych cen,
9. zmiany stawki podatku od towarów i usług pod warunkiem wykazania przez Wykonawcę, że zmiany te mają wpływ na koszty wykonania zamówienia wraz z pełnym uzasadnieniem i wskazaniem procentowego wzrostu tych cen,
10. zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, pod warunkiem wykazania przez Wykonawcę, że zmiany te mają wpływ na koszty wykonania zamówienia wraz z pełnym uzasadnieniem i wskazaniem procentowego wzrostu tych cen,
11. zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2215), pod warunkiem wykazania przez Wykonawcę, że zmiany te mają wpływ na koszty wykonania zamówienia wraz z pełnym uzasadnieniem i wskazaniem procentowego wzrostu tych cen,
12. zmiany cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia w stosunku do  poziomu kosztu w dacie otwarcia oferty, w szczególności w przypadku zmiany średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanego Komunikatem przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Waloryzacja wynagrodzenia Wykonawcy może nastąpić po upływie roku obowiązywania umowy – na pisemny wniosek Wykonawcy, nie więcej niż o wskaźnik za rok ubiegły. Określone w formularzu ofertowym ceny będą obowiązywać w 2022 roku i w tym okresie nie podlegają waloryzacji.

Jednocześnie Zamawiającemu będzie przysługiwać prawo żądania dalszych wyjaśnień wraz z przedstawieniem dokumentów celem stwierdzenia dopuszczalności zmiany cen za wykonanie przedmiotu umowy.

1. Zmiana wynagrodzenia dotyczy jedynie świadczenia usług niezrealizowanych do czasu wprowadzenia zmian określonych w §15 ust. 2.
2. Wykonawca, którego wynagrodzenie zostało zmienione, zgodnie z zapisami ujętymi w **§**15, zobowiązany jest do zmiany wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy, z którym zawarł umowę, w zakresie odpowiadającym zmianom cen lub kosztów dotyczących zobowiązania podwykonawcy.
3. Strony przewidują możliwość dokonania zmian umowy w przypadku zaistnienia okoliczności,
o których mowa w art. 15r. ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 568).

**§ 16**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmniejszania ilości usług objętych niniejszą umową do 20% na co Wykonawca wyraża zgodę. Wykonawcy nie przysługują z tego tytułu żadne roszczenia wobec Zamawiającego.

**§ 17**

Wykonawca oświadcza, że usługi medyczne będą świadczone przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i wymagane prawem uprawnienia do świadczenia usług objętych umową, a ich wykonywanie będzie następować zgodnie z zasadami sztuki medycznej przy poszanowaniu praw pacjenta określonych w przepisach prawa.

 **§ 18**

1. Zamawiający potwierdza, iż dane osobowe osób uprawnionych są przekazywane Wykonawcy zgodnie z postanowieniami *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str. 1).*
2. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania wymienionych w ust. 1 przepisów oraz przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej.

**§ 19**

Zamawiający ma prawo do zgłaszania uwag i wniosków dotyczących realizacji niniejszej umowy, jakości świadczeń zdrowotnych i sposobu ich realizacji do Poradni Medycyny Pracy, która sprawuje funkcje nadzorcze i kontrolne w stosunku do Poradni Badań Profilaktycznych.

**§ 20**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

**§ 21**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

**§ 22**

Wszelkie spory, które mogą zaistnieć przy wykonywaniu umowy – o ile nie będzie możliwe ich polubowne rozwiązanie – strony poddają pod rozstrzygnięcie przez sąd właściwy rzeczowo i miejscowo dla Zamawiającego.

**§ 23**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz Wykonawcy i jeden egzemplarz Zamawiającego.

 **Wykonawca: Zamawiający:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – wzór skierowania na badanie policjanta

Załącznik nr 2 – wzór skierowania na badanie pracownika Policji

Załącznik nr 3 – wzór skierowania na badanie kierowcy

Załącznik nr 4 – wzór skierowania na szczepienia

Załącznik nr 5 – wzór zaświadczenia

Załącznik nr 6 – wzór wykaz badań wykonanych

Załącznik nr 7 – formularz ofertowy

Załącznik nr 8 – opis przedmiotu zamówienia

**Załącznik nr 1** do umowy ….....................

PŁATNIK

**Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku**

 **ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**

 **PKD: 8424Z**

 **REGON: 050252820**

 **NIP: 542-020-78-68**

......................................................... Białystok, ...................................

(nazwa jednostki organizacyjnej Policji) (miejscowość, data rejestracji)

**Badanie należy wykonać w terminie**

**do dnia** .............................................. r.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**SKIEROWANIE NA BADANIE nr ........./20.... r.**

**okresowe policjanta według załącznika nr ...... lp. ......\*)/kontrolne policjanta\*\*)**

Na podstawie art. 71b ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2020 r. poz. 360, z późn. zm.) kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\*\*) .......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

numer PESEL ......................................................................................................................................................

zamieszkałego(-łą) ................................................................................................................................................

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

pełniącego(-cą) służbę na stanowisku służbowym ................................ w ........................................................

 (nazwa jednostki organizacyjnej Policji)

Opis warunków pełnienia służby\*\*\*): ................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Informacje o występowaniu na stanowisku służbowym czynników szkodliwych lub uciążliwych lub innych wynikających z warunków pełnienia służby, w tym:

1) czynniki fizyczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*):

a) hałas ................................................................................................................................................................,

b) promieniowanie i pole elektromagnetyczne ....................................................................................................,

c) inne: ..............................................................................................................................................................;

2) czynniki chemiczne (należy podać czas narażenia i. wynik i pomiarów)\*\*): ................................................;

3) czynniki biologiczne\*\*):

a) HCV,

b) HIV,

c) wirus kleszczowego zapalenia mózgu,

d) inne: .................................................................................................................................................................;

4) czynniki psychofizyczne\*\*):

a) stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi,

b) stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością,

c) zagrożenia wynikające z narażenia życia,

d) służba przy obsłudze monitorów ekranowych (liczba godzin obsługi monitora ekranowego )......................,

e) służba na wysokości,

f) służba zmianowa/nocna\*\*),

g) służba fizyczna wymagająca dużego wysiłku:

- dźwiganie ciężarów – (do ilu kg?) ………………......................................................................................,

- wydatek energetyczny – ilość kcal/8 godz. – wyniki badania/pomiaru\*\*) ................................................,

h) praca w wymuszonej pozycji,

i) inne: ............................................................................................................................................................;

5) inne czynniki: ............................................................................................................................................... .

|  |  |
| --- | --- |
| Łączna liczba czynników wskazanych w pkt 1-5: |  |

......................................................................

 (pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) ...........................................................

 (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

\*) Wpisać właściwy numer załącznika (1-4) do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U. z 2017 r. poz. 110 z późn. zm.) i liczbę porządkową (jeśli jest określona).

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) Należy opisać rodzaj służby, podstawowe czynności wykonywane na stanowisku służbowym, sposób i czas ich wykonywania.

**Załącznik nr 2** do umowy …...............

|  |  |
| --- | --- |
| **Płatnik:****Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku****ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok****PKD: 8424Z****REGON: 050252820** **NIP: 542-020-78-68** ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (oznaczenie pracodawcy) | (miejscowość, data) |

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

**(wstępne/okresowe/kontrolne\*))**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020r. poz. 1320 z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią\*)

(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*)

zamieszkałego/zamieszkałą\*)

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\*) lub podejmującego/podejmującą\*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

określenie stanowiska/stanowisk\*) pracy\*\*\*)

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach– należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*):

1. Czynniki fizyczne:
2. Pyły:
3. Czynniki chemiczne:
4. Czynniki biologiczne:
5. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane **w trzech egzemplarzach,** z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

|  |
| --- |
| …………………………………. |
| (podpis pracodawcy) |

Objaśnienia:

|  |  |
| --- | --- |
| \*) | Niepotrzebne skreślić. |
| \*\*) | W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia. |
| \*\*\*) | Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania. |
| \*\*\*\* | Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:* + - 1. wydane na podstawie:
1. art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
2. art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
3. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
4. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
5. art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
	* + 1. załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.)
 |

**Załącznik nr 3** do umowy ….......................

**Płatnik:**

**Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku**

**ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**

**PKD: 8424Z**

**REGON: 050252820**

**NIP: 542-020-78-68**

………………………………

 (miejscowość, data rejestracji)

 ...........................................

 (data, pieczęć i podpis lekarza PBP)

**Badanie należy wykonać w ciągu**

**30 dni od daty rejestracji skierowania**

**SKIEROWANIE NR ........................ / rok**

\* właściwe podkreślić

na wykonanie badań \*):

1. badanie lekarskie osoby kierującej pojazdem uprzywilejowanym,
2. badanie lekarskie kierowcy wykonującego przewóz drogowy,
3. badanie lekarskie osoby wykonującej pracę na statkach żeglugi śródlądowej,
4. badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Nazwisko i imię ........................................................................... imię ojca ............................................

Pesel: ................................................................ Data urodzenia ..........................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................................................

Stanowisko ...........................................................................................................................................

Jednostka (komórka)................................................................................................................................

Skierowanie wystawiono w związku z: .......................................................................................................

Skierowanie wystawione jest w 2 jednobrzmiących egzemplarzach: 1 egzemplarz pozostaje w karcie badań pracownika, 2 egzemplarz, po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy, zostaje przekazany wraz z fakturą na adres Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku , w trzech egzemplarzach na badanie lekarskie kierowcy

 ...........................................................

 (pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

 ..............................................................

 (pieczęć i podpis pracownika upoważnionego

 do rejestracji skierowania)

**Załącznik nr 4** do umowy ….......................

**Płatnik:**

**Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku**

**ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**

**PKD: 8424Z**

**REGON: 050252820**

**NIP: 542-020-78-68**

………………………………

 (miejscowość, data rejestracji)

 ...........................................

 (data, pieczęć i podpis lekarza PBP)

**Szczepienie należy wykonać w ciągu**

**30 dni od daty rejestracji skierowania**

**SKIEROWANIE NR ...................... / rok**

Nazwa szczepienia : .............................................................................

Nazwisko i imię ........................................................................... imię ojca ............................................

Pesel: ................................................................ Data urodzenia ..........................................................

Adres zamieszkania .................................................................................................................................

Stanowisko ............................................................................................................................................

Jednostka (komórka).................................................................................................................................

Uwagi i przeciwwskazania do szczepień : ...............................................................................................

**Skierowanie wystawione jest w 2 (dwóch) jednobrzmiących egzemplarzach:**

**1 egzemplarz** pozostaje w karcie szczepień pracownika,

**2 egzemplarz** zostaje przekazany wraz z fakturą na adres Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku.

...........................................................

 (pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

 ..............................................................

(pieczęć i podpis pracownika upoważnionego

do rejestracji skierowania)

**Załącznik nr 5** do umowy ….....................

........................................

 (pieczęć Wykonawcy)

ZAŚWIADCZENIE

Pan/i ...........................................................................................................................................................

pełniący/a służbę/pracę na stanowisku ................................... zatrudniona w ......................................... po przeprowadzonych badaniach profilaktycznych został/a dopuszczona do obsługi monitora ekranowego. Na podstawie badania okulistycznego z dnia ............................ zalecono w/w osobie stosowanie szkieł korekcyjnych do obsługi monitora ekranowego.

.................................... ............................................................

 (data) (pieczęć i podpis lekarza profilaktyka)

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. z 2014 r. poz. 937 ze zm.) [↑](#footnote-ref-1)
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1659) [↑](#footnote-ref-2)