

.....
pieczęć Wykonawcy

OFERTA CENOWA

na świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej i innych świadczeń w zakresie medycyny pracy dla policjantów i pracowników Policji województwa zachodniopomorskiego na terenie miasta Szczecina i Koszalina

1. Dane dotyczące Wykonawcy/Wykonawców*:

- 1) pełna nazwa:
-
- 2) adres:
- 3) nr telefonu:
- 4) nr faksu:
- 5) adres mailowy:
- 6) NIP REGON

** w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, należy podać nazwy wszystkich wykonawców, natomiast dane adresowe dla lidera.*

7) Czy wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem¹ ?

- jest mikro przedsiębiorcą Tak Nie *;
- jest małym przedsiębiorcą Tak Nie *;
- jest średnim przedsiębiorcą Tak Nie *;
- prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą Tak Nie *;
- jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej Tak Nie *;
- jest inny rodzaj przedsiębiorcą Tak Nie *;

** zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”. W przypadku nie zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie jest małym lub średnim przedsiębiorstwem*

¹ - Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych. **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia **mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**. **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia **mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**. **Średnie przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają **mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**.

1. Ja/my niżej podpisani oświadczam/y, że:

Część 1 – świadczenie usług medycznych, które będą realizowane w placówce medycznej na terenie miasta Szczecina

zobowiązuję/my się zrealizować przedmiot zamówienia określony w SWZ i na warunkach płatności określonych w SWZ: za łączną cenę : zł brutto* (suma **z załącznika nr 2.1.1 i 2.1.2 do SWZ**)

*cena zawiera podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami, w przypadku wykonawcy zagranicznego należy wpisać kwotę netto;

Część 2 – świadczenie usług medycznych, które będą realizowane w placówce medycznej na terenie miasta Koszalina

zobowiązuję/my się zrealizować przedmiot zamówienia określony w SWZ i na warunkach płatności określonych w SWZ: za łączną cenę : zł brutto*(suma **z załącznika 2.2.1 i 2.2.2 do SWZ**)

*cena zawiera podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami, w przypadku wykonawcy zagranicznego należy wpisać kwotę netto;

2) zamierzam/my powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy/podwykonawcom:

- a) pełna nazwa/firma:
- b) adres, NIP, REGON:
- c) zakres powierzonej części zamówienia (*krótki opis*):
- d) wartość kwotowa lub procentowa:

3) spełniam/y warunek udziału w postępowaniu (warunek minimalny) określony przez Zamawiającego, którym jest zagwarantowanie przez wykonawcę dostępności lekarza medycyny pracy 6 godz. dziennie i pielęgniarki 8 godz. dziennie w ciągu pięciu tych samych dni roboczych tygodnia oraz 7 lekarzy specjalistów dostępnych przez 4 godziny dziennie w ciągu trzech tych samych dni roboczych tygodnia przez cały okres obowiązywania umowy;

4) gwarantuję/emy dostępność lekarzy zgodnie wymaganiami opisanymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia tj.

dostępność wszystkich 7 lekarzy specjalistów w ciągu** tego/tych samego/samych dnia/i roboczego/roboczych tygodnia przez co najmniej 4 godziny dziennie wraz z *** lekarzem/lekarzami z zakresu medycyny pracy i*** pielęgniarką/pielęgniarkami i *** rejestratorką medyczną oraz ich dostępność w ciągu pięciu, tych samych dni roboczych tygodnia przez

co najmniej 6 godzin dziennie w przypadku lekarza medycyny pracy i 8 godzin dziennie w przypadku pielęgniarki i rejestratorki medycznej przez cały okres obowiązywania umowy.

** należy podać cyfrę od 3 do 5 odpowiadającą dniom roboczym tygodnia.

*** należy podać ilość dostępnych lekarzy medycyny pracy, pielęgniarek i rejestratorki medycznej.

Brak wypełnienia punktu 3 oznacza, że wykonawca zaoferował wyłącznie spełnienie ww. minimalnego warunku, za co otrzyma 0 punktów.

- 5) wykonam/my przedmiot zamówienia w terminie wskazanym w SWZ;
- 6) zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią i warunkami SWZ wraz z załącznikami oraz wszystkimi modyfikacjami i nie wnoszę/simy zastrzeżeń, przyjmując warunki w nich zawarte oraz zdobyłem/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty;
- 7) akceptuję/my wzór umowy (**załącznik nr 6.1 i 6.2 do SWZ**) i w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuje/my się do podpisania umowy na warunkach zawartych w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;
- 8) oświadczam/y, że przedmiot umowy realizowany będzie przez lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych, lekarzy uprawnionych do badania kierowców oraz lekarzy specjalistów: okulisty, laryngologa, neurologa, ortopedę, kardiologa, stomatologa, alergologa oraz psychologa klinicznego lub psychiatrę, a także personel pomocniczy (pielęgniarki) oraz przez lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań pracowników na działanie promieniowania jonizującego, przeszkolonego w jednostce badawczo rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy;
- 9) oświadczam/y, że wykonujące zadania z zakresu służby medycyny pracy, o których mowa w ust. 1, spełniają wymagania określone odpowiednio w:
 - 1) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016r poz. 2067 z późn. zm.) - dotyczy lekarzy;
 - 2) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 roku w sprawie zadań medycyny pracy, których wykonanie przez pielęgniarki wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaju/trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich posiadanie (Dz. U. Nr 124, poz. 796) – dotyczy personelu pomocniczego,
 - 3) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011r. w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji (Dz. U. Nr 206, poz. 1223).
- 10) Wykonawca **oświadcza**, że w obiektach, o których mowa powyżej znajdują się:
 - 1) **gabiny w liczbie odpowiedniej do liczby oddelegowanych lekarzy, skierowanych do realizacji zadań wynikających z umowy,**
 - 2) **gabinet zabiegowy, w którym Wykonawca zapewni co najmniej w godzinach 8.00 – 11.00 pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,**

3) **pracownia RTG (duży obrazek),**

4) **pracownia EKG.**

11) oświadczam/my, że jestem/jesteśmy związany/ni niniejszą ofertą do dnia wskazanego w SWZ;

12) cena ofertowa obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia;

13) oświadczam/my, że oferta **nie zawiera/zawiera** (niewłaściwe skreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

14) Oświadczamy, że wybór naszej oferty **będzie*/nie będzie*** (niepotrzebne skreślić) prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.

Brak skreślenia oznacza, że złożona oferta nie będzie prowadziła do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

W sytuacji, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (np. obowiązek rozliczenia podatku VAT płaconego **przez Zamawiającego** m.in. w przypadku mechanizmu odwróconego obciążenia, wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów) Wykonawca zobowiązany jest wskazać w ofercie:

a) część zamówienia, której dotyczy :

b) nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania:

c) wartość towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego bez kwoty podatku (netto):

15) oświadczam, że wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14²⁾ wyżej wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.*

** 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

....., dn.

.....
*Podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty
(zaawansowany podpis elektroniczny)*

² 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).

