**Załącznik nr 3 do SWZ**

*Załącznik nr …. do Umowy*

………….………

*miejscowość, data*

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

**1. Dane Wykonawcy:**

Nazwa i adres: .....................................................................................................................

Województwo: ……………………………………………………………………………………….

Numer REGON ………………………………… Numer NIP …………………..........................

Numer telefonu …………………………… ………e-mail: …………….…………………………

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

do podpisywania umowy…………..………………………………………………………………..

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

za realizację zamówienia…………..……………………………………..nr tel. …………………

Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem ?

□ **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.

□ **Osoba fizyczna (**proszę podać pesel ……………………………………………….)

**\* właściwe pole zaznaczyć znakiem X.**

1. **Ofertę składam (-y) samodzielnie**

[ ] Tak [ ] Nie

**w imieniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

[ ] Tak [ ] Nie

Nazwy i siedziby wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia-

(jeżeli *dotyczy*).

Lider:.................................................................... Adres............................................................

Partnerzy:

Nazwa...................................................................Adres.............................................................

Ustanowionym **Pełnomocnikiem** do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i/lub zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, w przypadku składania oferty wspólnej przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze (konsorcjum/ spółka cywilna\*) jest:

imię i nazwisko:................................................tel.............................e-mail: ................................

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu na:

**„Usługa badań z zakresu medycyny pracy dla pracowników wojska**

**i żołnierzy zawodowych”**

**Znak postępowania 477/2024**

|  |
| --- |
|  |

składamy niniejszą ofertę:

**1. Cena oferty:**

Oferowana cena za wykonanie przedmiotu zamówienia, obliczona zgodnie z zasadami opisanymi w SWZ oraz zgodnie z wyceną w formularzu cenowym wynosi:

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

**- Wartość** **zamówienia podstawowego :**

**Wartość netto/brutto: …………………………….. złotych**

**- Wartość prawa opcji 90%**

**Wartość netto/brutto: ………………………………złotych**

**- Łączna wartość** **zamówienia podstawowego łącznie z prawem opcji 90%**

**Wartość netto/brutto………………………… złotych**

2.„**dostępność lekarza medycyny pracy**”

**1)** **dostępność lekarza medycyny pracy 1dzień w tygodniu =** □-0 pkt

(wskazać dzień tygodnia)………………………………………………………………….

**2) dostępność lekarza medycyny pracy 2 dni w tygodniu =** □-10 pkt

(wskazać dni tygodnia)………………………………………………………………………

**3)** **dostępność lekarza medycyny pracy 3 dni w tygodniu** **= □**-20 pkt

wskazać dni tygodnia)………………………………………………………………………

**4) dostępność lekarza medycyny pracy 4 dni w tygodniu = □**-30 pkt

wskazać dni tygodnia)………………………………………………………………………

**5) dostępność lekarza medycyny pracy 5 dni w tygodniu = □**-40 pkt

(właściwe zakreślić –– brak zakreślenia spowoduje , że zamawiający uzna dostępność lekarza 1 dzień w tygodniu za 0pkt)

**2. Składając ofertę oświadczam/-y, że:**

* 1. Uważamy się za związanych ofertą przez okres wskazany w SWZ.
  2. Akceptujemy projekt umowy, zawarty w załączniku do SWZ. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
  3. Zapoznałem/am się oraz uzyskałem/am na własną odpowiedzialność i ryzyko, wszelkie istotne informacje warunkach, w których będzie realizowany przedmiot zamówienia i uwzględniłem/am je w kalkulacji ceny oferty.
  4. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się wykonać zamówienie zgodnie z wszystkimi wymaganiami określonymi w SWZ oraz oświadczeniami zawartymi w mojej ofercie.
  5. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od dnia podpisania umowy jednak nie wcześniej niż od do 02.01.2025r. do 31.12.2025r. lub do wyczerpania środków finansowych..
  6. **Oświadczam/my , że będziemy posiadali aktualną polisę odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz. 866 )i oryginał ubezpieczenia przedstawimy do wglądu na każde żądanie Zamawiającego .**
  7. Oświadczam/my , że badania wykonywane będą przy zachowaniu należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą diagnostyczną, obowiązującymi wymogami   
     i standardami na zasadach wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991) w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać medyczne laboratoria diagnostyczne*.*
  8. Oświadczam/my , że gabinety, gdzie będą przeprowadzane badania spełniają standardowe wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą .
  9. Warunki płatności: **przelew 30 dni.**
  10. Zamówienie wykonamy samodzielnie\*/ część zamówienia (określić zakres) .................................................................................................................... ……...................................................................zamierzamy powierzyć podwykonawcom\*

**\*** niepotrzebne skreślić

2.11. Oświadczam, że jako Wykonawca\*

 nie będę zatrudniał do realizacji zamówienia cudzoziemców

 będę zatrudniał do realizacji zamówienia cudzoziemców,

i:

1)spełniam warunki związane z zatrudnieniem cudzoziemców wynikające z przepisów obowiązujących w tym zakresie.

* 1. **Inspektorem Ochrony Danych Osobowych / osobą odpowiedzialną za ochronę danych**

**osobowych ze strony Wykonawcy jest:**

***Imię i nazwisko: …………………………Adres e-mail: ………………….Tel.: ………………***

\* w przypadku nie wskazania osoby, Zamawiający uzna właściciela firmy za ADO

* 1. **Załącznikami do niniejszej oferty , stanowiącymi integralną jej część, są:**

1. ……………………………………………………… ………...................................str. ....
2. ………………………..……………………………………………….……...............str. ....

............................., dnia ..................... ...............................................

**( podpis kwalifikowany elektroniczny Wykonawcy)**