Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa i adres Wykonawcy :

|  |
| --- |
|  |

NIP/ REGON/ KRS/ CEiDG)

|  |
| --- |
|  |

reprezentowany przez: Imię i nazwisko

|  |
| --- |
|  |

Stanowisko/Działający jako

|  |
| --- |
|  |

adres e-mail( adres na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

|  |
| --- |
|  |

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy**

**(ZP/016/24)**

SKŁADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

|  |
| --- |
| **Cena brutto za całość (PLN)** |
|  |

**Odległość** : ............. km

**Adres Siedziby/Oddziału/Placówki Medycznej Wykonawcy ………………………………………………………….**

(należy podać zgodnie z pkt XX.2.2) SWZ)

1. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
2. OŚWIADCZAMY, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
3. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w Załączniku nr 5 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO(1) 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 Wykonawca nie składa oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).

(1)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).

1. Przedmiot zamówienia objęty treścią SWZ i niniejszej oferty zamierzamy:
   1. wykonać sami
   2. następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić podwykonawcom:

Zakres przedmiotu zamówienia /…………………………………………………………………………

Nazwa, adres podwykonawcy /…………………………………………………………………………

*Uwaga:*

*Powielić tyle razy, ile wymaga tego dana okoliczność*

*Brak wskazania oznacza, że Wykonawca zamierza zamówienie zrealizować samodzielnie, bez podwykonawców.*

1. Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?[[1]](#footnote-1)

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

Na potrzeby odpowiedzi na to pytanie należy skorzystać z definicji zawartych w zaleceniu Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003).

Na kategorię przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (MŚP) składają się przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.

W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EUR.

1. *Oświadczam(y), że wszystkie informacje, które nie zostaną przez nas wyraźnie zastrzeżone*

*w terminie składania odpowiednio oferty albo innych dokumentów (jeżeli tych dokumentów dotyczy tajemnica przedsiębiorstwa), jako zawierające tajemnice przedsiębiorstwa, nie zostaną zabezpieczone (np. poprzez umieszczenie tych informacji w osobnym pliku wraz z jednoczesnym zaznaczeniem polecenia „Załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa”) oraz co do których nie wskazaliśmy, iż stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, są jawne.*

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy

przez osobę podpisującą ofertę.

**Podpis Wykonawcy - forma elektroniczna**

**lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 2 do SWZ

Sygnatura zamówienia **ZP/016/24**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej „ustawą Pzp”)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy** prowadzonego przez Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu oświadczam:

\* Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp, ustawy Pzp.

\* Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1, ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ….………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………...........…………………………………………………………………………………………………………

\* - właściwe zaznaczać znakiem „X”

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ oraz w treści ogłoszenia o zamówieniu.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następujących podmiotów: …………………………..……………………………………………… ……………………………….………………..,

w następującym zakresie: ……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Podpis Wykonawcy - forma elektroniczna**

**lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 2a do SWZ

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Oświadczenie wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z przyczyn, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835 z późn. zm.) – składane obligatoryjnie przez wykonawcę wraz z ofertą.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wykonawcy |  |
| Adres wykonawcy |  |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy** (ZP/016/24)oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie: art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835.)  Przyjmuję(y) do wiadomości, że ubieganie się o udzielenie zamówienia publicznego przez osoby lub podmioty podlegające wykluczeniu na podstawie wspomnianych wyżej przepisów podlega karze pieniężnej w wysokości do 20 000 000,00 zł. | |
| Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne  i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji. | |

**Podpis Wykonawcy - forma elektroniczna**

**lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ WYKONAWCĘ NAJWYŻEJ OCENIONEGO – NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO**

Załącznik nr 3 do SWZ

Sygnatura zamówienia **ZP/016/24**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy**

**na podstawie pkt VIII.2.4) SWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia  **(co najmniej jedno świadczenie usług medycznych na rzecz uczelni wyższej wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi w ramach minimum jednej umowy, przez okres co najmniej 18 miesięcy** | | Wartość brutto zamówienia  (co najmniej  120.000 zł brutto) | | Data wykonania  (w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert) | Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane  (nazwa i adres Zamawiającego) |
| 1 |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |

DO OŚWIADCZENIA NALEŻY ZAŁĄCZYĆ DOKUMENTY ZGODNIE Z PKT VIII.2.4) SWZ

**Podpis Wykonawcy - forma elektroniczna**

**lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 6 do SWZ

Sygnatura zamówienia **ZP/016/24**

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy**

Czynności dla których wymagane jest ich wykonanie przez osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Rodzaj czynności w postępowaniu |
| 1 | Czynności pomocnicze w rejestracji oraz koordynacji pacjentów |

Powyższe nie dotyczy osób realizujących przedmiot zamówienia w imieniu Wykonawcy, prowadzących działalność gospodarczą.

Uwaga: Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzania, w trakcie realizowania umowy przez Wykonawcę, czy faktycznie osoby wykonujące prace wymienione w tabeli powyżej są zatrudniane na podstawie umowy o pracę. Wykonawca ma obowiązek przedstawiania na żądanie Zamawiającemu zestawienia zawartych umów o pracę ().

1. W trakcie realizacji zamówienia Zamawiający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy, podwykonawców i dalszych podwykonawców odnośnie spełniania przez wykonawcę, podwykonawcę i dalszego podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w tabeli czynności. Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:
   1. żądania oświadczeń i dokumentów w zakresie potwierdzenia spełniania ww. wymogów i dokonywania ich oceny,
   2. żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełniania ww. wymogów,
   3. przeprowadzania kontroli na miejscu wykonywania świadczenia.
2. W trakcie realizacji zamówienia na każde wezwanie Zamawiającego, w wyznaczonym w tym wezwaniu terminie nie krótszym niż 3 dni robocze, wykonawca, podwykonawca lub dalszy podwykonawca przedłoży Zamawiającemu wykaz osób oraz wskazane poniżej dowody w celu potwierdzenia spełnienia wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez wykonawcę lub podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę osób wykonujących wskazane w tabeli czynności w trakcie realizacji zamówienia:
   1. **oświadczenie odpowiednio Wykonawcy, podwykonawcy lub dalszego podwykonawcy** o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę osób wykonujących czynności, których dotyczy wezwanie Zamawiającego.Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności: dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie, że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę wraz ze wskazaniem liczby tych osób, rodzaju umowy o pracę i wymiaru etatu oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu wykonawcy, podwykonawcy lub dalszego podwykonawcy;
   2. poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę lub podwykonawcę **lub dalszego podwykonawcę kopię umowy/umów o pracę** osób wykonujących w trakcie realizacji zamówienia czynności, których dotyczy ww. oświadczenie wykonawcy, podwykonawcy lub dalszego podwykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Kopia umowy/umów powinna zostać zanonimizowana w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników, zgodnie z przepisami z zakresu ochrony danych osobowych (tj. w szczególności bez adresów, nr PESEL pracowników). Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji. Informacje takie jak: data zawarcia umowy, rodzaj umowy o pracę i wymiar etatu powinny być możliwe do zidentyfikowania;

.

* 1. **zaświadczenie właściwego oddziału ZUS,** potwierdzające opłacanie przez wykonawcę podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne z tytułu zatrudnienia wskazanych przez niego osób na podstawie umów o pracę za ostatni okres rozliczeniowy;
  2. poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę, podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę **kopię dowodu potwierdzającego zgłoszenie wskazanych osób (pracowników) przez pracodawcę do ubezpieczeń społecznych**, zanonimizowaną w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników, zgodnie z przepisami z zakresu ochrony danych osobowych , z zachowaniem wymogu jak w pkt. b .

1. Z tytułu niespełnienia przez wykonawcę podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w tabeli czynności Zamawiający za każdy stwierdzony przypadek przewiduje sankcję w postaci obowiązku zapłaty **przez Wykonawcę** kary umownej w wysokości określonej w projekcie umowy w sprawie zamówienia publicznego. Niezłożenie przez wykonawcę w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie żądanych przez Zamawiającego dowodów w celu potwierdzenia spełnienia przez wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę traktowane będzie jako niespełnienie przez wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w tabeli czynności.
2. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego naruszenia odpowiednio przez Wykonawcę, podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w tabeli czynności, niezależnie od sankcji przewidzianych w pkt 3), Wykonawca w terminie nie dłuższym niż 5 dni roboczych dokona czynności naprawczych oraz bez ponownego wzywania złoży żądane przez Zamawiającego dowody w celu potwierdzenia spełnienia przez wykonawcę, podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę.
3. Za każdy stwierdzony przypadek niespełnienia wymogów, o których mowa w pkt. 4) Zamawiający przewiduje sankcję w postaci obowiązku zapłaty przez Wykonawcę kar umownych w wysokości określonej w projekcie umowy w sprawie zamówienia publicznego oraz może zawiesić albo przerwać wykonanie tej części robót z winy Wykonawcy do chwili naprawienia na podstawie Umowy. Obowiązek zapłaty kar umownych w każdym wypadku obciąża Wykonawcę, bez względu na ewentualne sankcje wobec podwykonawcy lub dalszego podwykonawcy.
4. W przypadku uzasadnionych wątpliwości co do przestrzegania prawa pracy przez wykonawcę, podwykonawcę lub dalszego podwykonawcę, Zamawiający może zwrócić się o przeprowadzenie kontroli przez Państwową Inspekcję Pracy.

**Podpis Wykonawcy - forma elektroniczna**

**lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ WYKONAWCĘ NAJWYŻEJ OCENIONEGO – NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO

Załącznik nr 7 do SWZ

Sygnatura zamówienia **ZP/016/24**

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy**

Oświadczam, że:

* jednostka medycyny pracy .......................................... została zgłoszona do wykonywania działalności w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi;
* lekarze medycyny pracy proponowani do realizacji niniejszego zamówienia posiadają (będą posiadać w momencie realizacji zamówienia) prawo do wykonywania badań lekarskich przewidzianych w Kodeksie pracy.

Podstawa prawna: art. 10 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy

**Podpis Wykonawcy - forma elektroniczna**

**lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

1. Właściwe zaznaczy [↑](#footnote-ref-1)