**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WYKONAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zarejestrowana nazwa, forma prawna Wykonawcy: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Siedziba Wykonawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| miejscowość: | | |  | | | | | | | adres: | | | | | |  | |
| kod pocztowy: | | |  | | poczta: | | | |  | | | województwo: | |  | | | |
| NIP: |  | | | | | | | REGON: | | | |  | numer KRS: | | | |  |
| tel.: |  | | | | | | | e-mail: | | | |  | | | | | |
| Numer rachunku bankowego: | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot zamówienia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Świadczenie usług medycznych z zakresu prywatnej opieki medycznej dla pracowników  Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz pracowników filii w Jeleniej Górze | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tryb postępowania:** | | | | Tryb podstawowy z fakultatywnymi negocjacjami (art. 275 pkt 2 pzp) | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: CENA OFERTOWA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cena netto: | |  | | | | | VAT: | |  | % | Zw. | | | | **Cena brutto:** | |  |
| **Zgodnie z poniższą kalkulacją:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Cena netto**  **za pakiet** | **VAT %** | **Cena brutto**  **za pakiet** |
| 1 | **Pakiet 1** |  | Zw. |  |
| 2 | **Pakiet 2** |  | Zw. |  |
| 3 | **Pakiet 3** |  | Zw. |  |
|  | **RAZEM:** |  | Zw. |  |

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: DOSTĘPNOŚĆ USŁUG:** |
| **Oświadczamy, że:** |
| Wykonawca zapewni **całodobowy i całotygodniowy** dostęp telefoniczny do lekarza dyżurnego celem zapewnienia usługi pomocy doraźnej w postaci konsultacji telefonicznej z lekarzem lub z pielęgniarką lub  z ratownikiem medycznym. W usłudze tej wykonawca zapewni również możliwość skonsultowania podstawowych badań ambulatoryjnych dostępnych w dokumentacji pacjenta oraz uzyskania informacji na temat placówki dyżurującej. |
| TAK  NIE |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: ILOŚĆ PLACÓWEK WŁASNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO:** |
| **Posiadamy ………………… (wpisać ilość) placówek własnych na terenie województwa dolnośląskiego** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** | | | | | |
| Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją postępowania udostępnioną przez Zamawiającego, nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami wskazanymi w dokumentacji postępowania. | | | | | |
| Wyrażamy zgodę na warunki płatności wskazane w dokumentacji postępowania. | | | | | |
| Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji postępowania oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. | | | | | |
| Uważamy się za związanych ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia wskazanego w SWZ. | | | | | |
| Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. | | | | | |
| Oświadczamy, że jesteśmy:  mikroprzedsiębiorstwem  małym przedsiębiorstwem  średnim przedsiębiorstwem  jednoosobowa działalność gospodarcza  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  inny rodzaj | | | | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | | |
| Osoba wyznaczona do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy: | | | | | |
| imię i nazwisko: |  | tel.: |  | e-mail: |  |
| **Dokumenty składane wraz z ofertą:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Oświadczam, że jestem upoważniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję,  w tym do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom?** | | | | |
| **TAK** |  | **NIE** | |  |
| *UWAGA: Dalszą część tabeli należy wypełnić tylko w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK* | | | | |
| Proszę wskazać części zamówienia, które wykonawca ma zamiar powierzyć podwykonawcom oraz podać nazwy i adresy podwykonawców (jeżeli są znane) | | | | |
| ***Nazwa/adres podwykonawcy*** | | | ***Część zamówienia*** | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |

|  |
| --- |
| Oświadczam, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od………do ………..stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wskazuję w załączniku ………. i zastrzegam, iż nie mogą być one udostępniane. |
| Oświadczam, że sposób reprezentacji Wykonawcy \*/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący :  …………………………………………………………………………………………………  ( wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja) |
| Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzenia oferty. |