**Rozdział II**

**FORMULARZ OFERTY Z ZAŁĄCZNIKAMI**

**Formularz oferty**

|  |
| --- |
| OFERTA |

**POLITECHNIKA WARSZAWSKA**

**00-661 Warszawa, Pl. Politechniki 1**

**FILIA W PŁOCKU**

**09-400 Płock, ul. Łukasiewicza 17**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy/-ów** |  |
| **Adres** |  |
| **Telefon**  (*do kontaktów z Zamawiającym*) |  |
| **Adres e-mail**  (*do kontaktów z Zamawiającym*) |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Rodzaj**  **przedsiębiorcy**\*\* | mikroprzedsiębiorca mały przedsiębiorca  średni przedsiębiorca  duży przedsiębiorca **zaznaczyć właściwe pole** |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego   
nr **BZP.261.48.2024** prowadzonym w trybie podstawowym na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 roku – Prawo zamówień publicznych pn: **„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW Filii w Płocku”,** składamy niniejszą ofertę:

1. **Składam(y) ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Oświadczam(y)**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **Oferuje(my)** wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania podstawowego:

Cena brutto ............................................................. złotych

(słownie: ........................................................................................................................),

1. **Oferuje(my)** wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania opcjonalnego:

Cena brutto ............................................................. złotych

(słownie: ........................................................................................................................).

Wyżej podana/-e cena/-y zawiera/-ją wszystkie koszty, jakie ponosimy w celu należytego spełnienia wszystkich obowiązków wynikających z realizacji niniejszego zamówienia.

1. **Oświadczamy,** iż zamówienie będzie realizowane w następującej/-ych placówce/-kach:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dokładny adres placówki\*:** |
| Płock | ul. .................................  ... - ...... ........................ |

*\* w przypadku realizacji zamówienia w kilku placówkach, wpisać wszystkie adresy realizacji usługi.*

1. **Oświadczamy,** iż zrealizujemy zamówienia w terminie **12 miesięcy od dnia zawarcia umowy, jednak nie wcześniej niż od 01.01.2025 r.** lub do wyczerpania maksymalnej kwoty umowy, w zależności co nastąpi wcześniej.
2. **Akceptuje(my)** warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ.
3. **Uważam(y) się** za związany(ch) niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia wskazanego w pkt 13.1. SWZ.
4. **Oświadczam(y), że całość zamówienia zrealizuje(my)** sam(i)\*).
5. **Powierzę/Powierzymy** Podwykonawcom wykonanie części zamówienia w zakresie\*):

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

*(Wykonawca wpisuje części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom oraz firmy podwykonawców, jeżeli są już znane)*

1. **Oświadczam(y)**, że sposób reprezentacji spółki\*)/konsorcjum\*) dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący: ……………………………..………………….…………………………………………….. ……………………………………………………………………………..................................................

*(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)*

1. **Oświadczam(y)**, iż **informacje i dokumenty** zawarte w pliku o nazwie „**Tajemnica przedsiębiorstwa**” stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Treści znajdujące się w pozostałych plikach oferty są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy   
   o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. **Oświadczam(y),** że zapoznaliśmy się postanowieniami umowy określonymi w SWZ i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. **Oświadczam(y),** że wybór mojej/naszej oferty **będzie prowadzić\*)/nie będzie prowadzić**\*) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

W przypadku, jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy podać następujące dane:

1. Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego ……………………………………………..
2. Wartość towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (bez kwoty podatku): …………………………………..
3. Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy ma zastosowanie …… ……………………………………..
4. **Oświadczam(y),** że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną z art. 13 i 14 RODO zawartą w SWZ.
5. **Oświadczam(y),** że**:**
6. 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 postepowaniu[[1]](#footnote-1),
7. przetwarzamy dane osobowe zgodnie z RODO,
8. nie naruszamy bezpieczeństwa danych osobowych.
9. **Załącznikami** do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

………………………………………………………………….

…………………………………………………………………..

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

…………………………………………………………………..

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy***.*

\*) – niepotrzebne skreślić

**\*\*) –** ustawa z dnia 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej: art. 105 Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro; art. 106. Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.

Załącznik nr 1 do Rozdziału II SWZ – Formularz cenowy

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY**

**wraz z zestawieniem ilościowym przewidywanych badań wg ich rodzajów**

ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE (Tabela 1 + Tabela 2 + Tabela 3)

**Tabela nr 1.**

Badania profilaktyczne z zakresu medycyny pracy osób przyjmowanych do pracy oraz pracowników Zamawiającego.

Zestawienie czynników szkodliwych lub warunków uciążliwych z uwzględnieniem ilości planowanych badań.

W cenę każdego z niżej wymienionych badań zakończonych wydaniem orzeczenia należy wkalkulować wykonanie podstawowych badań krwi: morfologii i OB., oraz badania ogólnego moczu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Czynniki narażeń zawodowych** | **Szacowana**  **ilość badań** | **Cena jednostkowa**  **badania brutto/zł** | **Cena całkowita za**  **badania**  ***kolumna (3)×(4)*** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1 | badanie profilaktyczne /wstępne, okresowe, kontrolne/ z wydaniem zaświadczenia do celów KP | **8** |  |  |
| 2 | badanie lekarza profilaktyka 1 badaniem specjalistycznym\* wraz z wydaniem zaświadczenia do celów KP | **6** |  |  |
| 3 | badanie lekarza profilaktyka z 2 badaniami specjalistycznymi\* wraz z wydaniem zaświadczenia do celów KP | **32** |  |  |
| 4 | badanie lekarza profilaktyka z 3 badaniami specjalistycznymi \* wraz z wydaniem zaświadczenia do celów KP | **13** |  |  |
| 5 | konsultacja specjalistyczna okulistyczna – dobór okularów | **15** |  |  |
| 6 | konsultacja psychologiczna/ prowadzenie pojazdu służbowego/ciemnia | **10** |  |  |
|  | **RAZEM** | **84** | **xxxxxxxxx** | **∑A=** |
| **Średnia cena badania ∑A/84=** | | | | |

**Tabela nr 2.**

Badania do celów sanitarno – epidemiologicznych w kierunku zakażenia prątkami gruźlicy osób przyjmowanych do pracy oraz pracowników Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Szacowana**  **ilość badań** | **Cena jednostkowa**  **badania brutto/zł** | **Cena całkowita za**  **badania**  ***kolumna (3)×(4)*** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1 | Identyfikacja zakażenia prątkami gruźlicy, wydanie zaświadczenia do celów SE i wpis do książeczki zdrowia | **55** |  |  |
|  | **RAZEM** | 55 | xxxxxxxxx | **∑B=** |
| **Średnia cena badania ∑B/55=** | | | | |

**Tabela nr 3.**

Wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia studenta będącego podstawą do udzielenia studentowi urlopu zdrowotnego lub orzeczenia o potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Szacowana**  **ilość badań** | **Cena jednostkowa**  **badania brutto/zł** | **Cena całkowita za**  **badania**  ***kolumna (3)×(4)*** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1 | badanie lekarza profilaktyka celem wydania zaświadczenia dla poratowania zdrowia | **10** |  |  |
|  | **RAZEM** | 10 | xxxxxxxxx | **∑C=** |
| **Średnia cena badania ∑C/10=** | | | | |

Każda cena jednostkowa badania brutto wykazana w tabelach nr 1, nr 2 i nr 3 zawiera wszystkie koszty i opłaty związane z całościowym wykonaniem jednego badania, zakończonym wydaniem orzeczenia.

Zamawiający informuje, że podane wyżej ilości planowanych badań są ilościami szacunkowymi.

W przypadku wykonania mniejszej ilości badań Wykonawcy będzie przysługiwało wynagrodzenie za faktycznie wykonaną usługę.

**CENA OFERTY BRUTTO W ZAKRESIE PODSTAWOWYM = ∑A + ∑B +∑C = ....................**

Powyższą cenę oferty brutto należy wpisać do formularza oferty.

**PRAWO OPCJI - *Prawo opcji realizowane będzie przez Zamawiającego fakultatywnie na zasadach określonych w pkt. 12 Rozdziału III SWZ – opis przedmiotu zamówienia.***

**Tabela nr 4.**

Badania profilaktyczne z zakresu dodatkowej profilaktyki zdrowotnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Szacowana**  **ilość badań** | **Cena jednostkowa**  **badania brutto/zł** | **Cena całkowita za**  **badania**  ***kolumna (3)×(4)*** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1 | **PROFILAKTYKA CHORÓB TARCZYCY**   * Badania laboratoryjne TSH, FT3,FT4 | 18 |  |  |
| 2 | **PROFILAKTYKA CHORÓB TARCZYCY**   * USG tarczycy | 25 |  |  |
| 3 | **PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW PIERSI**   * Badanie USG piersi * Opis badania przez lekarza specjalistę | 34 |  |  |
| 4 | **PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW NARZĄDÓW RODNYCH**   * Badanie USG * Opis badania przez lekarza specjalistę | 25 |  |  |
| 5 | **PROFILAKTYKA RAKA SZYJKI MACICY**   * Cytologia cienkowarstwowa LBC | 30 |  |  |
| 6 | **PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW GRUCZOŁU KROKOWEGO**   * Badania laboratoryjne PSA całkowity | 20 |  |  |
| 7 | **PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW GRUCZOŁU KROKOWEGO**   * USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne | 16 |  |  |
| 8 | **BADANIE KAŁU NA KREW UTAJONĄ** | 10 |  |  |
| 9 | **PROFILAKTYKA I DIAGNOZA CHORÓB METABOLICZNYCH**   * Lipidogram (Cholesterol+frak) | 20 |  |  |
| 10 | **PROFILAKTYKA I DIAGNOZA CHORÓB METABOLICZNYCH**   * Poziom cukru w surowicy krwi-badanie jednokrotne | 11 |  |  |
| 11 | **SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE- GRYPA**   * Kwalifikacja do szczepienia * Szczepienie przeciwgrypowe * Preparat – szczepionka TETRA | 45 |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **254 badania RAZEM** | | | | **∑D=** |

Każda cena jednostkowa badania brutto wykazana w tabeli nr 4 zawiera wszystkie koszty i opłaty związane z całościowym wykonaniem jednego badania.

Zamawiający informuje, że podane wyżej ilości planowanych badań są ilościami szacunkowymi.

W przypadku wykonania mniejszej ilości badań Wykonawcy będzie przysługiwało wynagrodzenie za faktycznie wykonaną usługę.

**CENA OFERTY BRUTTO W ZAKRESIE OPCJONALNYM = ∑D = ...........................**

Powyższą cenę oferty brutto w zakresie zadania opcjonalnego należy wpisać do formularza oferty.

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy***.*

Załącznik nr 2 do Rozdziału II SWZ

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  ***składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych***  **o** **spełnianiu warunków udziału w postępowaniu oraz o niepodleganiu wykluczeniu** |

**Zamawiający:**

Politechnika Warszawska Filia w Płocku

ul. Łukasiewicza 17

09-400 Płock

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW Filii w Płocku”,** prowadzonego przez **Politechnikę Warszawską Filię w Płocku**,oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. 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, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2‒5 i 7‒10**ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………….…..………………..…………..……………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………..…………………...........……………………………………………
4. Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ………………………………………………………………………………………………………...… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.
5. 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.

**Oświadczenie musi być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy***.*

**Załącznik nr 3\* do Rozdziału II SWZ**

**\*) jeśli dotyczy**

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**  (*na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych*) |

Ja……………………….…………………………………….………………………………………… …………….…………………………………………………………………….....………………

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu udostępniającego zasoby, stanowisko)*

działając w imieniu i na rzecz………………………………..…………………………………………

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

*(nazwa Podmiotu)*

Zobowiązuję się do oddania Wykonawcy/-om

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

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

*(nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawcy/-ów)*

do dyspozycji następujących niezbędnych zasobów w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych, na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia pn.: **„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW Filii w Płocku”.**

* Zakres dostępnych Wykonawcy zasobów:

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

* Sposób wykorzystania zasobów ……………………………………………. *(nazwa Podmiotu),* przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia publicznego:

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

* Zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego:

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

* Będę\*/ nie będę\* brał udział/-u w realizacji przedmiotu zamówienia.

\*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

**Oświadczenie musi być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby**

Załącznik nr 4\* do Rozdziału II SWZ

**\*) jeśli dotyczy**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**  ***składane na podstawie 125 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych***  **dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania** **oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu** |

Ja……………………….…………………………………….……………………………………………….…………………………………………………………………….....………………………..

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu udostępniającego zasoby, stanowisko)*

działając w imieniu i na rzecz………………………………..…………………………………………

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

*(nazwa Podmiotu)*

oświadczam, że:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ,   
   w zakresie jakim udostępniam swoje zasoby Wykonawcy: ………………………………...…. (wskazać nazwę Wykonawcy, któremu podmiot udostępnia swoje zasoby);
2. nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby.**

Załącznik nr 5\*) do Rozdziału II SWZ

**\*) jeśli dotyczy**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE WYKONANIA ROBÓT BUDOWLANYCH PRZEZ POSZCZEGÓLNYCH WYKONAWCÓW**  (*na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych*) |

Ja, niżej podpisany:

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

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu)*

biorąc udział w postępowaniu wspólnie z:

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

*(nazwa Podmiotu)*

oświadczam, że w postępowaniu pn.: ………………………….………………………., prowadzonego przez Politechnikę Warszawską Filię w Płocku:

1. Wykonawca …………………………………………………………… *(wpisać nazwę i adres)* zrealizuje następujący zakres zamówienia: …………………………………………………….
2. Wykonawca …………………………………………………………… *(wpisać nazwę i adres)* zrealizuje następujący zakres zamówienia: …………………………………………………….
3. Wykonawca …………………………………………………………… *(wpisać nazwę i adres)* zrealizuje następujący zakres zamówienia: …………………………………………………….

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Podmiotu**

Załącznik nr 6 do Rozdziału II SWZ

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

(na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. ustawy o szczególnych rozwiązaniach   
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego)

Wykonawca: ...................................................................................

Adres Wykonawcy: ...........................................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW Filii w Płocku”**, numer referencyjny: BZP.261.48.2024,prowadzonego przez Politechnikę Warszawską Filię   
w Płocku*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

1. Oświadczam, że nie podlegam 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, zgodnie z którymi z postępowania   
   o udzielenie zamówienia wyklucza się:
2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy   
   z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U.   
   z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
4. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.
5. 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.

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy**

Załącznik nr 7 do Rozdziału II SWZ

Wykonawca: ...................................................................................

Adres Wykonawcy: ...........................................................................

**Wykaz usług wykonanych lub wykonywanych**

**składanych na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pod nazwą: **„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW Filii w Płocku”**

Oświadczam, że wykonałem lub wykonuję w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert (jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość zamówienia brutto w PLN** | **Daty wykonania** | **Zamawiający/Odbiorca (nazwa i adres)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

Do każdego zamówienia wymienionego w wykazie należy załączyć dowody określające, czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane.

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy**

Załącznik nr 8 do Rozdziału II SWZ

Wykonawca: ...................................................................................

Adres Wykonawcy: ...........................................................................

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA PRZEZ WYKONAWCĘ LUB PODWYKONAWCĘ WARUNKU ZATRUDNIENIA NA PODSTAWIE STOSUNKU PRACY (na podstawie art. 95 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych)

Oświadczam, że:

Osoby wykonujące w zakresie realizacji zamówienia pn**.** : **„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW Filii w Płocku”** następujące czynności: wykonywanie wszelkich badań lekarskich i innych czynności zgodnie ze szczegółowym zakresem przedstawionym w opisie przedmiotu zamówienia, będą wykonywane przez osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020r. poz. 1320 ze zm.).

1. zatrudnię:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Rodzaj wykonywanej czynności** | **Liczba osób zatrudnionych** | **Rodzaj umowy o pracę** | **Wymiar etatu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

2. Na każde żądanie Zamawiającego przedstawię mu do wglądu zanonimizowane kopie aktualnych umów o pracę osób zatrudnionych do wykonania ww. czynności.

**Formularz musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy**

1. W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosowanie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia, np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)