**Załącznik nr 1.2. do SWZ**

**Nr wew. postępowania 63/22**

**Zamawiający:
Komenda Wojewódzka Policji
z siedzibą w Radomiu
ul. 11 Listopada 37/59
26 – 600 Radom**

**FORMULARZ OFERTY**

**dla terenu działania KPP w Kozienicach ul. Radomska 1; 26-900 Kozienice**

**Ja/my\* niżej podpisani:**

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**działając w imieniu i na rzecz:**

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

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

 (pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

**Adres**: …………………………………………………………………………………………………....

**Miejscowość**: ……………………………………………………………………………………………

**Kraj:** …………………………………………………………………………………………………......

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

**REGON:** ………………………………………………………………………………………………...

**NIP:** ……………………………………………………………………………………………...............

**Telefon:** ………………………………………………………………………………………………….

**Adres e-mail:** ……………………………………………………………………………………………

(na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

**Wykonawca jest: (\* właściwe zaznaczyć)**

* **mikro przedsiębiorcą**
* **małym przedsiębiorcą**
* **średnim przedsiębiorcą**
* **jednoosobowa działalność gospodarcza**
* **osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej**
* **inny rodzaj**

**Nr wew. postępowania 63/22**

I. SKLADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Kryterium I – Cena „C” - waga 60%:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna cena oferty netto w zł.** |  |
| **Łączna cena oferty brutto w zł.** |  |
| **Kwota podatku VAT w zł.**  |  |
| **Stawka podatku VAT w %** |  |

- cena wynika z kalkulacji z poniższej tabeli

**Wykaz cennik rodzajowo ilościowy - zadanie nr 2**

**KPP w Kozienicach ul. Radomska 1; 26-900 Kozienice**

|  |
| --- |
| **Wykaz cennik rodzajowo ilościowy**  |
| **Lp.** | **Rodzaj badania/usługi lekarskiego/ej** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Liczba zaplanowanych badań/usług** | **Cena brutto w zł** **(kol. 3 × kol. 4)** |
|
| kol.1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 |
| 1 | badanie okresowe policjanta do 40 roku życia służba kryminalna, śledcza, spraw wewnętrznych, prewencyjna, zwalczania cyberprzestępczości oraz policji sądowej (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia |  | 35 |  |
| 2 | badanie okresowe policjanta powyżej 40 roku życia służba kryminalna, śledcza, spraw wewnętrznych, prewencyjna, zwalczania cyberprzestępczości oraz policji sądowej (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia |  | 15 |  |
| 3 | badanie okresowe policjanta do 40 roku życia służba wspomagająca (zakres badań zgodniez załącznikiem nr 3 do rozporządzenia MSWiAz dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia |  | 3 |  |
| 4 | badanie okresowe policjanta powyżej 40 roku życia służba wspomagająca (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia MSWiAz dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia |  | 3 |  |
| 5 | badanie kontrolne pracownika Policji z wydaniem orzeczenia |  | 2 |  |
| 6 | badanie kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia |  | 7 |  |
| 7 | badanie wstępne/okresowe pracownika Policji z wydaniem orzeczenia |  | 12 |  |
| 8 | badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia |  | 10 |  |
| 9 | badanie lekarskie kierowcy z wydaniem orzeczenia\*  |   | 47 |  |
| 10 | badanie osoby kierującej statkiem żeglugi śródlądowej z wydaniem orzeczenia  |  | 1 |  |
| 11 | badanie lekarskie po i przed powrotem do kraju po zakończeniu służby/przed służbą w kontyngencie policyjnym z wydaniem orzeczenia |  | 1 |  |
| 12 | uczestniczenie lekarza w komisji bhp oraz komisjach określonych odrębnymi przepisami, wymagających udziału lekarza profilaktyka **(cena za jedno spotkanie)** |  | 2 |  |
| 13 | przegląd stanowisk pracy **(cena za jedno spotkanie)** |  | 2 |  |
| **Razem cena brutto**  |  |

**\*cena brutto za jedno badanie lekarskie kierowcy z wydaniem orzeczenia opłata za pełny zakres badań, zgodna z ustawą *o kierujących pojazdami* (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1212)**

**WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena brutto za jedno badanie** **w zł** |
| **1** | przeciwciała (antyHBs) |  |
| **2** | badanie czynnika szkodliwego lub uciążliwego związanego z narażeniem na ołów i jego związki |  |

**Warunkiem bezwzględnym do oceny złożonej oferty, a tym samym uznaniem oferty
za ważną jest wypełnienie i wskazanie cen brutto za badania ujęte w tabeli WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ, które mogą być realizowane w trakcie obowiązywania umowy. W przypadku braku wyceny dodatkowych badań oferta podlegała będzie odrzuceniu** **jako niezgodna z warunkami zamówienia**.

**Ceny zaoferowane w Formularzu ofertowym w tabeli WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ
nie będą podlegać kryteriom oceny ofert.**

Wykonawca oświadcza, że w przypadku konieczności zlecenia, przez lekarza medycyny pracy, funkcjonariuszom /pracownikom dodatkowych badań, zostaną one rozliczne zgodnie z cennikiem zaoferowanym w powyższej tabeli.

**Kryterium II – Dysponowanie gabinetem lekarza medycyny pracy, w którym byłaby możliwość obsługi policjantów i pracowników Policji poza kolejnością przez pięć dni w tygodniu (G)– waga 15%**

**Oświadczam, że:**

**€ dysponuję lub będę dysponował oddzielnym gabinetem lekarza medycyny pracy\***

**€ nie dysponuję lub nie będę dysponował oddzielnym gabinetem lekarza medycyny pracy\***

\* właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że nie dysponuje lub nie będzie dysponował oddzielnym gabinetem lekarza medycyny pracy i oferta otrzyma w kryterium II - 0 punktów.

**Kryterium III - Obsługiwanie policjantów i pracowników przez lekarzy specjalistów poza kolejnością (S) – waga 25%**

**Oświadczam, że:**

 **obsługa odbywać się będzie poza kolejnością\***

 **brak obsługi poza kolejnością\***

**\***właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że brak jest obsługi poza kolejnością i oferta otrzyma w kryterium III - 0 punktów.

**Zaznaczona odpowiedz musi być tożsama z informacją zaznaczaną w Oświadczeniu (dot. kryteriów wyboru nr 2 i nr 3) tzn. dysponowaniem gabinetem lekarza medycyny pracy, w którym byłaby możliwość obsługi policjantów i pracowników Policji poza kolejnością pięć dni w tygodniu oraz
o obsługiwaniu przez lekarzy specjalistów poza kolejnością – Załącznik nr 6 do SWZ.**

**Oświadczam że:**

* **ODLEGŁOŚĆ od miejsca świadczenia usługi do jednostki wskazanej w Formularzu ofertowym, wynosi ……………… km** (najkrótsza, liczona w km z proponowanych tras obliczana za pomocą strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps)„wyznacz trasę samochodową”).

**Odległość od miejsca świadczenia usługi do jednostki wskazanej w Formularzu ofertowym, nie może być większa niż 45 km (najkrótsza, liczona w km z proponowanych tras obliczana za pomocą strony internetowej** [**www.google.pl/maps**](http://www.google.pl/maps)**„wyznacz trasę samochodową”).**

* **PLACÓWKA w której świadczone będą usługi zlokalizowana jest w :**

**.....................................................................................................................................................................................**

**(należy podać nazwę i dokładny adres placówki)**

W przypadku nie wpisania w ofercie adresu placówki gdzie świadczona będzie usługa oferta wykonawcy zostanie odrzucona jako niezgodna z warunkami zamówienia.

**II. Informujemy, że wskazane poniżej dokumenty lub o**ś**wiadczenia dost**ę**pne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodost**ę**pnych i bezpłatnych baz**

**danych:** (wypełnić jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa dokumentu lub oświadczenia** | **Adres internetowy bazy danych, gdzie dost**ę**pny jest****dokument lub o**ś**wiadczenie** |
|  |  |

**Inne informacje:**

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

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

**III. Podwykonawcom zamierzamy powierzy**ć **wykonanie nast**ę**puj**ą**cych cz**ęś**ci zamówienia:**

**(**wypełnić jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Część zamówienia powierzona podwykonawcy** | **Nazwa firmy podwykonawcy****o ile jest znana na etapie składania ofert** |
|  |  |
|  |  |

W przypadku braku wypełnienia tabeli dotyczącej podwykonawców, Zamawiający uzna, że przedmiot zamówienia Wykonawca zrealizuje samodzielnie.

**IV.**

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 jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia określonego **w Rozdziale X pkt 1 SWZ.**
4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy określonymi w Załączniku nr **2.1 i 2.2** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ,
w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
5. **OŚWIADCZAM,** że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13
lub art. 14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
6. Części zamówienia, które wybrany wykonawca/wykonawcy zamierza/zamierzają zlecić do wykonania osobom trzecim i jeżeli jest to wiadome w danym momencie imiona i nazwiska albo nazwy ewentualnych podwykonawców *(podać zakres części zlecanej oraz nazwy albo imiona
i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania znanych podwykonawców, jeżeli są miejscem wykonywania działalności tych podwykonawców).*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

1. **Składamy ofertę na ………… stronach**
2. **Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |

**Informacja dla Wykonawcy:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę

\*niepotrzebne skreślić

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