Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zamawiający:**

**15 Wojskowy Oddział Gospodarczy,**

ul. Narutowicza 10 A, 70-231 Szczecin

|  |
| --- |
|  |

*(pełna nazwa i adres wykonawcy; w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia należy wymienić wszystkich wykonawców ze wskazaniem Pełnomocnika - Lidera)*

|  |
| --- |
| Tel. |

|  |
| --- |
| e-mail: |

|  |
| --- |
| NIP: |

|  |
| --- |
| REGON: |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji, p.n.:

**Usługa zabezpieczenia medycznego dla żołnierzy i pracowników RON   
15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego i instytucji będących na jego zaopatrzeniu.**

składamy niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia na warunkach określonych w SWZ.

**Część 1 – Zabezpieczenie medyczne dla żołnierzy i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego i instytucji będących na jego zaopatrzeniu w m. SZCZECIN.**

|  |
| --- |
| …………………. **zł brutto** |

* Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia **za cenę**:

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem cenowym – załącznik nr 3A do SWZ

* Wskazujemy, że niniejsze zamówienie (w zakresie 1 części) zrealizujemy:
* sami
* przy udziale podwykonawców, którym zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podwykonawca (firma i adres) | Część zamówienia jaką Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania podwykonawcy | Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |
| 1. |  |  |  |

**Część 2– Zabezpieczenie medyczne dla żołnierzy i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego i instytucji będących na jego zaopatrzeniu w m. STARGARD.**

|  |
| --- |
| ………………….**zł brutto** |

* Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia **za cenę**:

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem cenowym – załącznik nr 3B do SWZ

* Wskazujemy, że niniejsze zamówienie (w zakresie 2 części) zrealizujemy:
* sami
* przy udziale podwykonawców, którym zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia[[2]](#footnote-2):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podwykonawca (firma i adres) | Część zamówienia jaką Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania podwykonawcy | Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |
| 1. |  |  |  |

1. **Oświadczamy, że:**
2. zapoznaliśmy się z postanowieniami SWZ wraz z jej wszystkimi załącznikami  
   oraz zmianami i wyjaśnieniami, które przyjmujemy jako wiążące w niniejszym postępowaniu oraz w razie wyboru naszej oferty także w trakcie realizacji zamówienia;
3. zobowiązujemy się do wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ   
   oraz obowiązującymi przepisami prawa;
4. jesteśmy związani ofertą przez okres wskazany w SWZ, tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. zapoznaliśmy się z istotnymi 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.
6. Wszelkie należności wynikające z zawartej umowy na skutek wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej należy wpłacać na nr rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

1. Wykonawca jest[[3]](#footnote-3):

* mikro,
* małym,
* średnim przedsiębiorcą.

1. **Oświadczamy**, iż następujące usługi zabezpieczenia medycznego wykonają poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienia):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy  (członek konsorcjum, wspólnik spółki cywilnej) | Część zamówienia, w której wykonanie faktycznie zaangażowany będzie Wykonawca |
|  |  |
|  |  |

Oświadczenie dotyczy jedynie Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie

1. Zastrzegamy, że następujące informacje i dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art.11 ust.4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r.o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (jedn. tekst Dz. U. 2020, poz. 1913):*(rodzaj dokumentu lub informacji)*

|  |
| --- |
|  |

Wykonawca zgodnie z art. 18 ust. 3 Ustawy pzp zobowiązany jest, do uzasadnienia (załączonego do oferty) zastrzeżenia ww. informacji jako tajemnicy przedsiębiorstwa. Brak uzasadnienia, nie później niż w terminie składania ofert, skutkuje ich odtajnieniem.

1. **Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14** Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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, dalej „**RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu**.
2. **Upoważnionym do kontaktu** w sprawie przedmiotowego postępowania jest:

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

tel. e-mail:

|  |
| --- |
|  |

*data i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 2 do SWZ

**OŚWIADCZENIE, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST 1 USTAWY PZP**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIAZ POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIAWARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja (My), niżej podpisany(ni):

|  |
| --- |
|  |

*(imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/-nych do reprezentowania)*

działając w imieniu i na rzecz:

|  |
| --- |
|  |

*(nazwa Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie/Podmiotu udostępniającego zasoby)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Usługa zabezpieczenia medycznego dla żołnierzy i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego i instytucji będących na jego zaopatrzeniu.**

**„Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu”**

* 1. oświadczam/my, że ww. podmiot nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 4, 7 i 8 ustawy Pzp (Dz. U. z 2024 r. poz.1320)\*;

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

* 1. oświadczam/my, że wobec ww. podmiotu zachodzą przesłanki wykluczenia   
     z postępowania określone w art. 108 ust. pkt. ustawy Pzp\*.

W związku ze wskazaną w pkt 2 przesłanką wykluczenia, zgodnie z art. 110 ust. 2 ustawy podjąłem środki naprawcze i przedstawiam dowody w celu wykazania mojej rzetelności:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

\*niepotrzebne skreślić/usunąć

Oświadczam/y, iż nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie przepisu 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.

**„Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu”**

* 1. oświadczam/my, że ww. podmiot samodzielnie spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale 5 SWZ, dotyczące zdolności technicznej lub zawodowej;
  2. oświadczam/my, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych przez Zamawiającego w rozdz. 5 SWZ, polegam na zdolnościach następujących podmiotów udostępniających zasoby[[4]](#footnote-4):

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

,w następującym zakresie[[5]](#footnote-5):

|  |
| --- |
|  |

(wykreślić jeśli nie dotyczy);

1. oświadczam/my, że ww. podmiot udostępniający zasoby spełnia warunki udziału   
   w postępowaniu w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby;

Oświadczam/my, 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 wykonawcy:**

Zgodnie z art. 127 ust. 1 ustawy Pzp, Wykonawca może wskazać ogólnodostępną bazę danych - w szczególności rejestr publiczny w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, z której Zamawiający samodzielnie może pobrać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

|  |
| --- |
| **Nr** księgi rejestrowej:……………………………….……… |

W tym celu **Wykonawca** (podmioty wykonujące działalność leczniczą) **winny podać**

|  |
| --- |
|  |

*(miejscowość)(data)*

|  |
| --- |
|  |

*Podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

Pouczenie:

1. Niniejsze oświadczenie składane jest wraz z ofertą pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
2. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

## W przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby na zasadach określonych w art. 118 ustawy Pzp, wykonawca przedstawia także oświadczenie podmiotu, udostępniającego zasoby.

Załącznik nr 5 do SWZ

**WYKAZ OSÓB** SKIEROWANYCH DO WYKONYWANIA ZAMÓWIENIA

Składając ofertę na: **Zabezpieczenie medyczne dla żołnierzy i pracowników RON 15 WOG i instytucji będących na jego zaopatrzeniu**, wskazujemy następujące osoby, które będą uczestniczyły w realizacji usługi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. części** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie, uprawnienia, kwalifikacje zawodowe** | **Podstawa do dysponowania osobami**  (\*właściwe zakreślić lub niepotrzebne skreślić) |
|  | **…………………………………………  Imię i nazwisko lekarza**  ………………………………………………  Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | **- tytuł zawodowy „Lekarz’’** potwierdzony dyplomem**,**  **- posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza,** | Pracownik z zasobów własnych:   umowa o pracę   umowa zlecenia   umowa o dzieło   właściciel   inna osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (samozatrudnienie)   Potencjał podmiotu trzeciego (udostepniającego swoje zasoby)   inne (podać jakie) ………………………………………. |
|  | **…………………………………………  Imię i nazwisko lekarza**  ………………………………………………  Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | **- tytuł zawodowy „Lekarz’’** potwierdzony dyplomem,  **- posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza,** | Pracownik z zasobów własnych:   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel * inna osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (samozatrudnienie) * Potencjał podmiotu trzeciego (udostepniającego swoje zasoby) * inne (podać jakie) ………………………………………. |

***UWAGA:*** *Wykonawca ma obowiązek wskazać w sposób jednoznaczny potwierdzenie warunków określonych w pkt5.1 lit d) SWZ w zakresie potencjału zawodowego..*

*Należy wpisać właściwą podstawę dysponowania wskazaną osobą, np. dysponowanie bezpośrednie – zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub dysponowanie pośrednie –   
w postaci zasobu innego podmiotu. W przypadku dysponowania osobami innych podmiotów na podstawie art.118 ustawy pzp, do oferty należy dołączyć pisemne zobowiązania tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.*

***Oświadczam/my, iż wyżej wskazane osoby posiadają wymagane prawem uprawnienia niezbędne do realizacji zamówienia.***

|  |
| --- |
|  |

(data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych  
do reprezentacji wykonawcy)

Załącznik nr 7 do SWZ

**Zamawiający:**

**15 Wojskowy Oddział Gospodarczy,**

ul. Narutowicza 10 A, 70-231 Szczecin

**OŚWIADCZENIE** **WYKONAWCY**

**O PRAWIDŁOWOŚCI I AKTUALNOŚCI PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH, KTÓRE ZAMAWIAJĄCY POSIADA[[6]](#footnote-6)**

Ja (My), niżej podpisany(ni):

|  |
| --- |
|  |

*(imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/-nych do reprezentowania)*

działając w imieniu i na rzecz:

|  |
| --- |
|  |

*(nazwa Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn

**Usługa zabezpieczenia medycznego dla żołnierzy i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego i instytucji będących na jego zaopatrzeniu.**

, na podstawie art. 127 ust. 2 ustawy Pzp, **oświadczam, że złożone wraz z ofertą następujące podmiotowe środki dowodowe:**

1) ………………………………………………………………………………………………

2) ………………………………………………………………………………………………

3) ………………………………………………………………………………………………

są prawidłowe, nadal aktualne i mogą zostać wykorzystane jako środki służące do oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu, potwierdzeniu braku podstaw do wykluczenia.

|  |
| --- |
|  |

*(miejscowość)(data)*

|  |
| --- |
|  |

*Podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

1. Niepotrzebne skreślić/usunąć. W przypadku nieskreślania odpowiedniego sposobu realizacji, niewpisania informacji dotyczących podwykonawców, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zamierza wykonać zamówienie samodzielnie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić/usunąć. W przypadku nieskreślania odpowiedniego sposobu realizacji, niewpisania informacji dotyczących podwykonawców, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zamierza wykonać zamówienie samodzielnie. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć poprzez zakreślenie właściwego kwadratu/usuniecie niewłaściwych [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wpisać nazwę podmiotu udostępniającego zasoby, co najmniej nazwa/firma, adres. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wskazać zakres udostępnianych zasobów. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Oświadczenie składane w przypadku, gdy Wykonawca złoży wraz z oferta wymagane podmiotowe środki dowodowe** wskazane w rozdziale 7 SWZ, tj.: **wykaz osób.** [↑](#footnote-ref-6)