**Wzór-Załącznik nr 1 do SWZ**

# OFERTA WYKONAWCY

Pełna nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1

Nr telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1

Nr KRS/ REGON/NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na **Usługi w zakresie zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, prowadzonych przez policjantów z jednostek i komórek organizacyjnych garnizonu stołecznego Policji, WZP-483/24/44/MP.**

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia opisanego w SWZ i jej załącznikach**:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj Zespołu Medycznego** | **Szacowana liczba godzin zabezpieczeń medycznych** | **Cena netto za 1 h zabezpieczenia medycznego w PLN[[2]](#footnote-2)** | **Wartość netto za zabezpieczenia medyczne w PLN**  **(kol. 3 x kol. 4)2** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto w PLN (kol. 3x4 powiększona o stawkę podatku VAT)2** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. | Podstawowy Zespół Ratownictwa Medycznego „P” | 422 |  |  | ZW |  |
| 2. | Specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego „S” | 78 |  |  | ZW |  |
| **Cena oferty brutto w PLN (suma wartości brutto określonych w kol. 7 poz.1-2)** | | | | | |  |

**II. Oświadczamy, że:**

1. Posiadamy wszelkie uprawnienia do wykonywania przedmiotu umowy.
2. Będziemy świadczyć usługi zabezpieczeń medycznych w czasie wskazanym przez Zamawiającego w zleceniu.
3. Gwarantujemy ………[[3]](#footnote-3) (minimum 2) Specjalistyczne Zespoły Ratownictwa Medycznego „S” oraz ……….3 (minimum 4) Podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego „P” do realizacji zabezpieczeń.
4. Jesteśmy/jestem:[[4]](#footnote-4)

󠄀 mikroprzedsiębiorstwem;

󠄀 małym przedsiębiorstwem;

󠄀 średnim przedsiębiorstwem;

󠄀 jednoosobową działalnością gospodarczą;

󠄀 osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej.

1. Zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w ogłoszeniu i SWZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Ogólne warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach tam określonych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany SWZ.
4. Warunki płatności: 30 dni od dnia dostarczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
5. Zobowiązujemy się do zapewnienia możliwości odbierania wszelkiej korespondencji związanej z prowadzonym postępowaniem przez całą dobę za pośrednictwem Platformy.

**IV. Informujemy, że:**

1. Usługi realizowane będą bez pomocy/z pomocą Podwykonawcy[[5]](#footnote-5) , który realizować będzie część zamówienia obejmującą .................................................................................................... 1
2. W przypadku realizowania usług przy pomocy Podwykonawcy należy podać nazwę i adres Podwykonawcy ……………………………….……………….1
3. Zgłoszenia na zapotrzebowanie zabezpieczenia medycznego (zgodnie z Rozdz. XIX SWZ) należy zgłaszać na:
4. nr telefonu ……………. **(całodobowy) – dyspozytor -** Pani/Pan…….*,*
5. nr telefonu ………………….. – Pani/Pan ……………….,
6. nr telefonu …………….……. – Pani/Pan ………………..

* na nie mniej niż 6 godzin przed rozpoczęciem zabezpieczenia realizowanego (rozpoczynającego się) w godzinach 8:00 – 16:00,
* na nie mniej niż 12 godzin przed rozpoczęciem zabezpieczenia realizowanego (rozpoczynającego się) w godzinach 16:00 – 8:00,
* na nie mniej niż 3 godziny przed rozpoczęciem zabezpieczenia realizowanego (rozpoczynającego się) w sytuacjach wyjątkowych (nagłych, niecierpiących zwłoki).

1. Pisemne zlecenia (bez podawania numeru sprawy i adresu zabezpieczenia),   
   odbywać się będzie z odpowiednim wyprzedzeniem w czasie, na adres e-mail ………..……..1 lub nr faksu ………………..1
2. Wyznaczamy do współpracy z Zamawiającym:

a) Pani/Pana ………………………..…1, stanowisko ……………......1, nr telefonu …………………1, adres e-mail ……………….……..…1

b) Pani/Pana ……………………….…1, stanowisko …………..…....1, nr telefonu …………………1, adres e-mail ……… ………………1

**V. Oświadczamy, że 4**):

󠄀 nie przekazujemy danych osobowych innych niż bezpośrednio nas dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO - Wykonawca nie składa oświadczenia.

󠄀 wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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) (tj. Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1).

**VI. Oświadczamy, że** 4):

w trakcie realizacji umowy będziemy przekazywać dane osobowe inne niż bezpośrednio nas dotyczące i nie będzie zachodzić wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO

󠄀 TAK 󠄀 󠄀 󠄀

󠄀 NIE

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Wzór-załącznik nr 2 do SWZ**

**Zamawiający:**

**KOMENDA STOŁECZNA POLICJI, ul. Nowolipie 2,**

**00-150 Warszawa**

**Wykonawca/podmiot udostępniający zasoby/podwykonawca1:**

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

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

**reprezentowany przez:**

…………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy/podmiotu udostępniającego zasoby/podywkonawcy1**

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

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Ustawa),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **Usługi w zakresie zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, prowadzonych przez policjantów z jednostek i komórek organizacyjnych garnizonu stołecznego Policji** nr ref.: **WZP-483/24/44/MP** prowadzonego przez **Komendę Stołeczną Policji***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY/PODWYKONAWCY1:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 Ustawy.

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 1, 4, 7, 8 i 10 ustawy.

3. 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 (Dz.U. z 2023 r. poz. 1497 ze zm.).

…………….…….................................*(miejscowość),* dnia ………….……..... r.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………................ Ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6 lub art. 109 ust. 1 4 Ustawy).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 Ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………………...

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

…………….…..............................…. *(miejscowość),* dnia …………………......... r.

1 – niepotrzebne skreślić;

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Wzór - Załącznik nr 3 do SWZ**

**Zamawiający:**

**KOMENDA STOŁECZNA POLICJI,**

**ul. Nowolipie 2,**

**00-150 Warszawa**

**Wykonawca/podmiot udostępniający zasoby1:**

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

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

**reprezentowany przez:**

…………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy/podmiotu udostępniającego zasoby1**

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

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Ustawa),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **Usługi w zakresie zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, prowadzonych przez policjantów z jednostek i komórek organizacyjnych garnizonu stołecznego Policji** nr ref.: **WZP-483/24/44/MP** prowadzonego przez **Komendę Stołeczną Policji***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY1:**

Oświadczam, że spełniam warunek udziału w postępowaniu określony przez Zamawiającego w ……………………..…………………………..……………………………………………… (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW2**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu, określonego przez Zamawiającego w………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………….…………………………………………

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

…………………………………… *(określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**1 – niepotrzebne skreślić;**

**2 – wypełnia tylko Wykonawca, który w celu wykazania spełnienia warunków udziału polega na zasobach podmiotu**

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Wzór-Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zobowiązanie podmiotu o oddaniu Wykonawcy swoich zasobów**

**w zakresie zdolności technicznych/zawodowych2**

Ja/My …….....................................................................................................................................1

(nazwa Podmiotu udostępniającego zasoby)

Zobowiązuję/zobowiązujemy się do oddania do dyspozycji Wykonawcy:

..................................................................................................................................1

(nazwa Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia)

niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia pn. **Usługi w zakresie zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, prowadzonych przez policjantów z jednostek i komórek organizacyjnych garnizonu stołecznego Policji nr ref.:** **WZP-483/24/44/MP** w związku z powołaniem się na te zasoby w celu spełniania warunku udziału w postępowaniu przez Wykonawcę w zakresie zdolności technicznych/zawodowych poprzez udział w realizacji zamówienia w charakterze **Podwykonawcy/w innym charakterze2** zrealizuję/zrealizujemy usługi w zakresie ………………………………………………….1 (należy wypełnić w takim zakresie w jakim podmiot zobowiązuje się oddać Wykonawcy swoje zasoby w zakresie zdolności technicznych/zawodowych) na okres………………………………..………………………1

**1 – należy wypełnić**

**2 – niepotrzebne skreślić**

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Wzór - Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH/WYKONYWANYCH USŁUG**

**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na Usługi w zakresie zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, prowadzonych przez policjantów z jednostek i komórek organizacyjnych garnizonu stołecznego Policji (Nr postępowania: WZP-483/24/44/MP)**

przedstawiam/y wykaz usług wykonanych/wykonywanych, spełniających wymogi zawarte   
w Rozdz. V ust. 2 pkt 2 SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ZLECAJĄCY usługi**  **(nazwa)** | **PRZEDMIOT USŁUGI** | **Data zakończenia**  **(dzień/miesiąc/rok)** |
| 1 |  |  |  |

Do wykazu dołączamy dowody potwierdzające, że wszystkie ww. usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie. Dowodami, o których mowa powyżej, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz, którego usługi były wykonywane; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Wzór - Złącznik nr 6 do SWZ**

**WYKAZ NARZĘDZI**

**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na Usługi w zakresie zabezpieczenia medycznego działań policyjnych, prowadzonych przez policjantów z jednostek i komórek organizacyjnych garnizonu stołecznego Policji (Nr postępowania: WZP-483/24/44/MP)**

**1.** Oświadczamy, że dysponujemy Podstawowymi i Specjalistycznymi Zespołami Ratownictwa Medycznego w liczbie wskazanej w poniższej tabeli:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zespół Ratownictwa Medycznego** | **Podstawa dysponowania potencjałem technicznym**  (- zasoby własne,  - Podwykonawca nie będący podmiotem, na którego zasoby powołuje się Wykonawca,  - Podwykonawca, na zasoby których Wykonawca powołuje się w celu spełniania warunku określonego w Rozdz. V ust. 2 pkt 3 SWZ) |
| **1** | **2** |
| Podstawowy Zespół Ratownictwa Medycznego („P”)……[[6]](#footnote-6)(**min. 4 Zespoły)**  **dysponuje/będę dysponował[[7]](#footnote-7)** | **………………………………….[[8]](#footnote-8)** |
| Specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego („S”)……6(**min. 2 Zespoły)**  **dysponuje/będę dysponował7** | **………………………………….8** |

**Słowniczek:**

**dysponuję potencjałem technicznym –** na dzień składania ofert Wykonawca dysponuje zespołami medycznymi – wówczas jako podstawę dysponowania Wykonawca ma wpisać podstawę dysponowania np. zasoby własne. Podwykonawca nie będący podmiotem na którego zasoby powołuje się Wykonawca

**będę dysponował potencjałem technicznym –** wówczas jako podstawę dysponowania Wykonawca powinien wpisać np. zobowiązanie innego podmiotu udostepniającego zespół/y medyczny/e. W sytuacji opisanej w zdaniu pierwszym Wykonawca musi dołączyć do oferty zobowiązanie *(wzór – załącznik nr 4 do SWZ).*

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie***

1. należy wpisać [↑](#footnote-ref-1)
2. należy wpisać do dwóch miejsc po przecinku [↑](#footnote-ref-2)
3. należy wpisać, w przypadku braku wypełnienia Zamawiający przyjmie liczbę zespołów wskazaną w nawiasie [↑](#footnote-ref-3)
4. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-4)
5. niepotrzebne skreślić, jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia i nie wypełni pkt IV ppkt 1, Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia Podwykonawcom [↑](#footnote-ref-5)
6. należy wpisać, w przypadku niewpisania Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje liczbę zespołów wskazaną w nawiasie [↑](#footnote-ref-6)
7. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-7)
8. należy wpisać [↑](#footnote-ref-8)