**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FZ-2380/52/19/SS**

..........................

*miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**świadczenie całodobowych usług medycznych tj. badanie osób zatrzymanych przez Policję, w tym doprowadzonych do wytrzeźwienia na terenie działania jednostek Policji województwa łódzkiego oraz pobieranie próbki krwi**

1. **Pełna nazwa i siedziba Wykonawcy**

/w przypadku podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie - konsorcja, spółki cywilne wpisać wszystkich uczestników/wspólników/

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

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

REGON …………………………………… NIP ……………………………………

1. **Dane do korespondencji i kontaktu**

Telefon ......................... kom ............................ Fax ......................................

Adres e- mail …………………………………………………………………………………..

1. **Oświadczam, że zgodnie z …………………………………………………** */wskazać odpowiedni dokument, z którego wynika prawo do reprezentacji Wykonawcy – KRS, CEIDG, pełnomocnictwo/* **do reprezentacji Wykonawcy w postępowaniu, złożenia i podpisania oferty wraz   
   z załącznikami uprawniony jest:**

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

*/ imię i nazwisko osoby/osób /*

1. Mając na uwadze definicję MŚP określoną w zaleceniu nr 2003/361/WE Komisji Europejskiejoświadczamy, iż: *(należy oznaczyć znakiem „****x****” w polu kwadratu)*.

□ Jesteśmy MŚP [[1]](#footnote-1) lub □ Nie jesteśmy MŚP

1. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że wzór umowy- załącznik nr 5 do SIWZ został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w niej warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z przepisami i procedurami wynikającymi w szczególności z:

1) rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. *w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102), zgodnie z którym:

1. Badanie lekarskie osoby zatrzymanej przeprowadza lekarz udzielający jej świadczeń zdrowotnych na miejscu lub lekarz najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, właściwego ze względu na stan zdrowia tej osoby - § 2 rozporządzenia,

2.Przewiezienie osoby zatrzymanej do najbliższego podmiotu leczniczego w celu przeprowadzenia badania lekarskiego zapewnia Policja - § 3 ust. 1 rozporządzenia.

2) rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 04 czerwca 2012 r. *w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb* (Dz. U. z 2012 r. poz. 638 ze zm.),

3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. *w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie* (Dz. U. z 2018 r., poz. 2472).

1. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z regulaminem Platformy zakupowej platformazakupowa.pl i go akceptujemy.
2. Oświadczam, że:
3. dane osobowe przekazane w ofercie oraz załącznikach są przetwarzane   
   i udostępnione Zamawiającemu zgodnie z art. 28 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
4. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu

/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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie/

1. przyjmuje do wiadomości i akceptuje zapisy klauzuli informacyjnej zawartej w pkt. 25 SIWZ
2. Imię i nazwisko, nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym   
   i odpowiedzialnej za realizację umowy:

..............................................................................................................................................

1. **/jeżeli dotyczy/** **Podwykonawcy**

Oświadczam, że przy realizacji zamówienia będziemy korzystali z podwykonawców, będących podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.).

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podwykonawcy wraz z adresem punktu medycznego | Opis usługi zleconej podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

1. **/jeżeli dotyczy/** Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług:

Nazwa usługi ………………. Wartość netto ………………

***/należy powielić i wypełnić odpowiednio do ilości składanych części/***

**CZĘŚĆ …………………**

1. **Kryteria oceny ofert:**

**13.1. Cena oferty**

**Wartość ogółem brutto: ……………..zł. słownie: ………………………………….……..zł.**

Stawka podatku VAT………………% kwota Vat: …………………………………………….zł.

Wartość ogółem netto: …................ zł słownie: ………………………………………………zł.

**13.2. Dostępność świadczenia usługi:**

**□ Oświadczam, że będę świadczył usługi w jednym punkcie medycznym, który:**

- mieści się na terenie działania danej Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego

- odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej,

- wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres punktu medycznego** |  |

□ **Oświadczam, że będę świadczył usługi w więcej niż w jednym punkcie medycznym, które** spełniają wymagania, o których mowa w pkt 3.6. SIWZ i zachowana będzie ciągłość świadczenia usług:

- od poniedziałku do piątku, w godzinach od 800 do 1800;

- od poniedziałku do piątku, w godzinach 1800 do 800 dnia następnego

- w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 800 dnia danego do godziny 800 dnia następnego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa i adres punktów medycznych** | **Dni i godziny świadczenia usługi** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**FZ- 2380/52/19/SS**

### **O Ś W I A D C Z E N I E**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA I SPEŁNIANIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Nazwa Wykonawcy …..............................................................................................................

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na świadczenie całodobowych usług medycznych tj. badanie osób zatrzymanych przez Policję, w tym doprowadzonych do wytrzeźwienia na terenie działania jednostek Policji województwa łódzkiego oraz pobieranie próbki krwi** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1   
   pkt 12-23 i ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1843).
2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu i jako podmiot leczniczy posiadam aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.)
3. 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.

/*jeżeli dotyczy/* 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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**FZ-2380/52/19/SS**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

Nazwa wykonawcy …............................................................................................

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na świadczenie całodobowych usług medycznych tj. badanie osób zatrzymanych przez Policję, w tym doprowadzonych do wytrzeźwienia na terenie działania jednostek Policji województwa łódzkiego oraz pobieranie próbki krwi** oświadczam, co następuje:

**oświadczam**, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania z powodu okoliczności wskazanych   
w art. 24 ust. 1 pkt. 23:

* + - 1. **nie należę** do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.  
          o ochronie konkurencji i konsumentów (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 798 z późn. zm.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. należę** do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 798 z późn. zm.) **i przedstawiam poniżej listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | podmiot |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**/w sposób czytelny zaznaczyć odpowiednio**

**np. poprzez wykreślenie lub usunięcie/**

1. 1) średnie przedsiębiorstwo:

      - zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz

      - jego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro;

      2) małe przedsiębiorstwo:

      - zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz

      - jego roczny obrót nie przekracza 10 mln euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro;

      3) mikroprzedsiębiorstwo:

      - zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz

   - jego roczny obrót nie przekracza 2 mln euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro. [↑](#footnote-ref-1)