**Modyfikacja z dnia 20.11.2024 r.**

Obraz zawierający tekst, Grafika, Czcionka, projekt graficzny

Opis wygenerowany automatycznie**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres siedziby wykonawcy[[1]](#footnote-1): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON[[2]](#footnote-2): | [……]  [……] |
| Dane wykonawcy[[3]](#footnote-3):  Telefon:  Adres e-mail: | [……]  [……] |
| Czy wykonawca jest: | [ ] mikroprzedsiębiorstwem  [ ] małym przedsiębiorstwem  [ ] średnim przedsiębiorstwem  [ ] jednoosobowa działalność gospodarcza  [ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  [ ] inny rodzaj |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:  Imię i nazwisko:  Stanowisko:  Podstawa umocowania: | [……]  [……]  [……] |
| Czy dokumentacje, z której wynika sposób reprezentacji wykonawcy (np. organ uprawniony do reprezentacji podmiotu) można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:  Jeżeli powyższe dane są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać dane niezbędne do ich pobrania: | [ ] Tak, można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych: W przypadku wyrażenia zgody dokumenty te pobrać można pod adresami: <https://prod.ceidg.gov.pl>; <https://ems.ms.gov.pl>;  W przypadku gdy dokumenty te dostępne są pod innymi adresami niż powyżej podać należy np. adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji, identyfikator wydruku:  …………………………………………………  [ ] Nie |

**Akademia Sztuki w Szczecinie**

**Plac Orła Białego 2**

**70-562 Szczecin**

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu opublikowane w związku z prowadzonym postępowaniem pn. **„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Akademii Sztuki w Szczecinie”.**

niniejszym:

1. **SKŁADAMY** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z treścią umowy i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania oraz że zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia spełniającego wszystkie wymagania Zamawiającego określone w SWZ, zgodnie z wypełnionym i załączonym *Formularzem oferty* oraz *Formularzem cenowym.*

**Łączne wynagrodzenie Wykonawcy brutto wynosi:** …………………… zł**[[4]](#footnote-4)**

1. Dysponujemy odpowiednią liczbą placówek, w których będzie wykonywany przedmiot zamówienia, spełniającymi standardowe wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).

**Dysponujemy liczbą placówek (*odpowiednie zaznaczyć*): [[5]](#footnote-5)**

1 placówka;

2 placówki;

3 lub więcej placówek.

1. **OFERUJEMY termin płatności (Tp)***:* **…………………. dni[[6]](#footnote-6)**
2. Termin świadczenia usług objętych przedmiotem zamówienia: 24 miesiące od dnia zawarcia umowy Planowany termin rozpoczęcia świadczenia usługi – nie wcześniej niż 01.01.2025 r
3. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
4. **Płatności za wykonanie przedmiotu zamówienia** realizowane będą raz w miesiącu przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, zgodnie z terminem płatności podanym w pkt 5 (stanowiącym kryterium oceny ofert) od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Zamawiającego i po potwierdzeniu przez Zamawiającego wykonanych badań lub szczepień.
5. Każdorazowo do faktury Wykonawca dołączy Zamawiającemu załącznik, w którym znajdą się następujące dane:
6. imię i nazwisko badanej osoby
7. wyszczególnienie badań, które zostały przeprowadzone razem z ceną jednostkową badania
8. datę wykonania badań
9. Gwarantujemy wykonanie świadczeń i usług w obiektach Wykonawcy każdego dnia roboczego od poniedziałku do piątku w godzinach funkcjonowania przychodni, po uprzednim telefonicznym lub za pomocą poczty elektronicznej (e-mail) ustaleniu terminu wizyty.
10. Oświadczamy, że w obiekcie lub obiektach gdzie będą świadczone usługi, znajdują   
    się gabinety lekarzy o specjalnościach niezbędnych do realizacji świadczenia.
11. Oświadczamy, że usługi będą wykonywali lekarze uprawnieni do przeprowadzenia badań oraz pielęgniarki posiadające wymagane kwalifikacje zawodowe.
12. Zapewniamy udział lekarza profilaktyka w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy   
    oraz komisjach określonych odrębnymi przepisami wymagających udziału lekarza profilaktyka.
13. Zobowiązujemy się do wypełniania wobec Zamawiającego obowiązków określonych   
    w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. *o służbie medycyny pracy* (Dz. U. z 2022 r. poz. 437).
14. Oświadczamy, że jesteśmy jednostką służby medycyny pracy w rozumieniu ustawy z dnia   
    27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy oraz jesteśmy uprawnieni do wykonywania w pełnym zakresie badań profilaktycznych o których mowa w art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) w sposób zgodny z tą ustawą oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 607).
15. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę, o którym mowa w art.  100 i 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2024 poz. 799).
16. W związku ze specyfiką funkcjonowania jednostki Zamawiającego i możliwością zmniejszenia się liczby pracowników, Zamawiający zastrzega możliwość niezrealizowania całości zamówienia bez konsekwencji finansowych i prawnych. Minimalna wielkość świadczenia stron będzie wynosiła 50% szacunkowej ilości badań.
17. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY SAMI** / **ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia *(niepotrzebne skreślić):*

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

1. **ZAMIERZAMY** powierzyć wykonanie części zamówienia następującym podwykonawcom (o ile są znani):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy** | **Nazwa części zamówienia** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. **OŚWIADCZAMY**, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach: ………………………………………………….…………………………………….

***Uwaga! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.***

1. Oświadczamy, że wypełniliśmy 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.

*UWAGA: 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 ww. oświadczenia wykonawca nie składa - wówczas należy usunąć treść oświadczenia przez jego wykreślenie.*

1. Powstanie obowiązku podatkowego u zamawiającego:

W związku z art. 225 ust. 2 ustawy PZP oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie\*/nie będzie\* prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.\*\*

*\* niepotrzebne skreślić*

\*\**Jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania i wskazując ich wartość bez kwoty podatku*

1. W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy i adresy (firmy) wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać dane wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy podać łączną cenę brutto oferty za wykonanie przedmiotu zamówienia w okresie 24 miesięcy zgodnie z Formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ – **tabela, wiersz 41 .** [↑](#footnote-ref-4)
5. Stanowi kryterium oceny ofert zgodnie z Rozdziałem XX ust 2 pkt 2) SWZ [↑](#footnote-ref-5)
6. Stanowi kryterium oceny ofert zgodnie z Rozdziałem XX ust 2 pkt 3) SWZ [↑](#footnote-ref-6)