### Załącznik nr 1 do SWZ

…………………….

(miejscowość, data)

# O F E R T A

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Usługi medycyny pracy dla żołnierzy i pracowników RON w 2025r.”**

**nr sprawy: ZP/32/2024**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa (firma) Wykonawcy

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

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

(pełna nazwa i dokładny adres Wykonawcy)

Adres do korespondencji:

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

NIP ………………………………………

REGON …………………………………

Województwo: …………………………

*\* w przypadku składania oferty przed podmioty występujące wspólnie należy wpisać dane wszystkich tych podmiotów*

Przynależność do sektora Małych i Średnich Przedsiębiorstw zgodnie z definicją zawartą w zał. nr I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r.:

Należy wstawić znak „**X**” w odpowiedniej rubryce.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj wykonawcy** | | | | | |
| mikro przedsiębiorstwo | małe  przedsiębiorstwo | średnie przedsiębiorstwo | jednoosobowa działalność gospodarcza | osoba fizyczna nie prowadząca  działalności gospodarczej | inny rodzaj działalności\* |
|  |  |  |  |  |  |

\* podać kwalifikację przedsiębiorstwa.

**Objaśnienie:**

* **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.
* **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.
* **Średnie przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

**OFERTA**

1. Oferujemy wykonanie ww. zamówienia w zakresie części nr : ……………………….…….…….. \*

\* *należy wpisać numer części na które wykonawca składa ofertę.*

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

1. Oświadczamy, żeupewniliśmy się co do prawidłowości i kompletności naszej oferty i ceny. Cena zawiera wszystkie przewidywane koszty kompletnego wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z zał. nr 4 do SWZ – „Opis przedmiotu zamówienia”, wymagania SWZ oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją warunków zamówienia wraz załączonymi do niej dokumentami, nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert, tj. określonego w dziale XIII C pkt 1 SWZ.
4. Oświadczamy, że zawarte w Specyfikacji warunków zamówienia Projektowane postanowienia umowy, zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na tych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że akceptujemy wymagania Zamawiającego określone w dziale III ppkt. 4 SWZ, dotyczące zatrudnienia **na podstawie stosunku pracy,** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy, przez cały okres realizacji niniejszego zamówienia, osób wykonujących czynności związane z koordynacją procesu umawiania wizyt pacjentów, pracownika administracyjnego, księgową, laboranta jeżeli wykonanie tych czynności polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 §1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeksu pracy.
6. Oświadczamy, że akceptujemy warunki postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego i w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji usługi z zapisami SWZ w tym w szczególności zał. nr 3 – „Projektowane postanowienia umowy” oraz zał. nr 4 – „Opis przedmiotu zamówienia”.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przedstawioną przez Zamawiającego informacją RODO oraz że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) z dnia 27 kwietnia 2016r. (zwanego „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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego przekreślenie).*

**PODWYKONAWCY**

1. Oświadczamy, że zamówienie wykonamy *bez udziału podwykonawców\* / z udziałem podwykonawców*\* **(\*niepotrzebne skreślić)**, którzy zrealizują następujące części zamówienia:

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

Podwykonawcą, który będzie realizował w/w część zamówienia będzie\*\*: …………………….……

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

**POWSTANIE OBOWIĄZKU PODATKOWEGO U ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Oświadczamy, że złożono ofertę, której wybór *prowadzi* \**/ nie prowadzi* \***(\*niepotrzebne skreślić)** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

* nazwa/rodzaj towaru\*\*: …………………...…………………………………….
* wartość netto\*\*: …………………………..…………………………………………..……
* stawka podatku od towarów i usług (VAT), która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie\*\*: .......................................................................

***\*\**** *wskazać jedynie wtedy gdy wybór złożonej oferty prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

**DANE KONTAKTOWE**

1. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy do kontaktów z Zamawiającym w zakresie proceduralnym jest: ………………………………, tel. ……………………………. e-mail: ……………………………………
2. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy do kontaktów z Zamawiającym w zakresie związanym z realizacją zamówienia jest: ………………………………, tel. ……………………………. e-mail: ……………………………………
3. W zakresie części nr 1 ośrodek w którym wykonywane będą badania i czynności o których mowa w zał. nr 4 – „Opis przedmiotu zamówienia” znajduje się w odległości do 15 km od siedziby Zamawiającego pod adresem: ………………………….………….…………………………..
4. W zakresie części nr 2 ośrodek w którym wykonywane będą badania i czynności o których mowa w zał. nr 4 – „Opis przedmiotu zamówienia” znajduje się w odległości do 15 km od siedziby Zamawiającego pod adresem: ………………………….………….…………………………..

Składając ofertę w zakresie części 2 oświadczamy, że jesteśmy podmiotem wymienionym w § 2 Rozporządzenia MON z dnia 09.08.2010 r. w sprawie służby medycyny pracy w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

1. W zakresie części nr 3 ośrodek w którym wykonywane będą badania i czynności o których mowa w zał. nr 4 – „Opis przedmiotu zamówienia” znajduje się w odległości do 15 km od siedziby JW AGAT pod adresem: ………………………….………….………………………….. .
2. W zakresie części nr 4 ośrodek w którym wykonywane będą badania i czynności o których mowa w zał. nr 4 – „Opis przedmiotu zamówienia” znajduje się w odległości do 170 km od siedziby JW AGAT pod adresem: ………………………….………….…………………………..

Składając ofertę w zakresie części 4 oświadczamy, że jesteśmy podmiotem wymienionym w § 2 Rozporządzenia MON z dnia 09.08.2010 r. w sprawie służby medycyny pracy w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

1. W zakresie części nr 5 ośrodek w którym wykonywane będą badania i czynności o których mowa w zał. nr 4 – „Opis przedmiotu zamówienia” znajduje się pod adresem: ………………………….………….…………………………..

Składając ofertę w zakresie części 5 oświadczamy, że jesteśmy podmiotem wymienionym w § 2 Rozporządzenia MON z dnia 09.08.2010 r. w sprawie służby medycyny pracy w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty, umowę będzie podpisywał/a:

………………….…..…… –………………………...……… zgodnie z …………………………...…… .

*funkcja imię i nazwisko dokument (np. KRS, pełnomocnictwo)*

**UWAGA:**

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

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