**Załącznik nr 1 do SWZ – wzór Formularza Ofertowego**

**Formularz Ofertowy**

**DPiZP.2619.9.2023**

Ja(my) niżej podpisany(-i) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Działając w imieniu i na rzecz …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

W odpowiedzi na ogłoszone postępowanie prowadzone w trybie podstawowym na ***„******Zakup*** ***usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR”***, zgodnie z wymaganiami określonymi w specyfikacji warunków zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy wraz z załącznikami, oferuję(-emy) realizację przedmiotu zamówienia, za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot** | **Jednostka** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Cena jednostkowa brutto [zł]** | **Ilość jednostek\*)** | **Wartość** |
| **Netto** **[zł]** | **VAT** **[%]** | **VAT****[zł]** | **Brutto** |
| [a] | [b] | [c] | [d] | [e] | [f] | [g] = d x f | [h]  | [i] = g x h | [j] = g + i |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku niekierowniczym | Osoba uprawniona  |  |  | **789** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku niekierowniczym, w ramach którego występuje czynnik kierowania pojazdem służbowym lub prywatnym w celach służbowych, w tym również przewożąc inne osoby | Osoba uprawniona  |  |  | **108** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku niekierowniczym, w ramach którego występuje czynnik kierowania pojazdem służbowym lub prywatnym w celach służbowych, w tym również przewożąc inne osoby oraz czynnik wykonywania kontroli terenowych | Osoba uprawniona  |  |  | **56** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku kierowniczym | Osoba uprawniona  |  |  | **144** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku kierowniczym, w ramach którego występuje czynnik kierowania pojazdem służbowym lub prywatnym w celach służbowych, w tym również przewożąc inne osoby | Osoba uprawniona  |  |  | **90** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku kierowniczym, w ramach którego występuje czynnik kierowania pojazdem służbowym lub prywatnym w celach służbowych, w tym również przewożąc inne osoby oraz czynnik wykonywania kontroli terenowych | Osoba uprawniona  |  |  | **15** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę na stanowisku kierowcy | Osoba uprawniona  |  |  | **6** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę w archiwum zakładowym | Osoba uprawniona  |  |  | **7** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne lub okresowe osoby uprawnionej podejmującej/wykonującej pracę a stanowisku gospodarczym/konserwatora | Osoba uprawniona  |  |  | **2** |  |  |  |  |
|  | Kontrolne badania lekarskie jednej osoby uprawnionej | Osoba uprawniona  |  |  | **216** |  |  |  |  |
|  | Udział lekarza w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy | godzina |  |  | **12** |  |  |  |  |
|  | Szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, tj. koszt jednej dawki szczepionki wraz z jedną konsultacją przedszczepienną | Osoba uprawniona  |  |  | **60** |  |  |  |  |
|  | Szczepienie przeciwtężcowe, tj. koszt jednej dawki szczepionki wraz z jedną konsultacją przedszczepienną | Osoba uprawniona  |  |  | **20** |  |  |  |  |
|  | Badania dla celów sanitarno-epidemiologicznych | Osoba uprawniona  |  |  | **10** |  |  |  |  |
|  | Badania wstępne /okresowe/kontrolne osoby uprawnionej świadczone w formie telekonsultacji medycznej | Osoba uprawniona |  |  | **4** |  |  |  |  |
|  |  **Razem poz. 1-15** |  |  |  |  |

**Uwaga:**

**\*)** Ilości jednostek podane przez Zamawiającego w pozycjach 1-15 tabeli w kolumnie [d] stanowią wyłącznie wartości szacunkowe służące do porównania ofert. Faktyczna ilość wykorzystania jednostek będzie wynikać z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego, z zastrzeżeniem, że łączne wynagrodzenie należne Wykonawcy za świadczenie usług medycznych nie przekroczy kwoty, jaką Zamawiający przeznaczy na realizację tych usług.

**Cena ofertowa netto słownie:**

**Cena ofertowa brutto słownie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Zgodnie z kryterium oceny ofert oferujemy Zamawiającemu **wyznaczenie badań okresowych w terminie ……….. \* dni roboczych** [*Wykonawca winien wpisać liczbę dni roboczych***\***] |
| **\*) UWAGA:**1. *Maksymalny termin wyznaczenia badań okresowych, o którym mowa w § 4 pkt 3 ppu**wynosi 10 dni roboczych.*
2. *Jeżeli Wykonawca zaoferuje termin wyznaczenia badań okresowych, o którym mowa w § 4 pkt 3 ppu dłuższy niż 10 dni roboczych oferta takiego Wykonawcy zostanie odrzucona jako niezgodna z warunkami zamówienia.*
3. *W przypadku braku wskazania terminu, o którym mowa powyżej, Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował maksymalny termin wyznaczenia badań okresowych, o którym mowa w § 4 pkt 3 ppu tj.: 10 dni roboczych.*
 |

1. **Wymagania dodatkowe punktowane w ramach kryterium „termin wyznaczenia badań okresowych” (PT), o którym mowa w § 4 pkt 3 ppu**
2. **Wymagania dodatkowe punktowane w ramach kryterium „ilość placówek medycznych w odległości do 10 km od ul. Poleczki 33 w Warszawie” (Po), inne niż spełniające wymaganie wskazane w § 2 ust. 1 ppu**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | 1. Zgodnie z kryterium oceny ofert, oferujemy Zamawiającemu świadczenie usług medycznych na rzecz osób uprawnionych, z wyłączeniem usług świadczonych w formie telekonsultacji medycznych, w następujących placówkach medycznych**\*:**

 [*Wykonawca winien wpisać:* **nazwę i dokładny adres placówki/w tym dzielnicę Warszawy, jeśli dotyczy****\***]:* 1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 |
| **\*) UWAGA:**1. *Zamawiający w tym kryterium będzie punktował placówki medyczne inne niż spełniające minimalne wymagania wskazane w § 2 ust. 1 ppu. Wykonawca, aby otrzymać dodatkowe punkty musi wskazać inne placówki niż wskazane poniżej w pkt. 3 „Oświadczenia”.*
2. *Jeżeli Wykonawca nie wskaże placówki w tym kryterium, Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia minimalne wymagania, o których mowa w § 2 ust. 1 ppu i Wykonawca nie otrzyma dodatkowych punktów w tym kryterium.*
 |

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji warunków zamówienia (SWZ), w tym projektowanych postanowień umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
2. Realizację przedmiotu zamówienia wykonamy w terminach określonych w Rozdz. II SWZ oraz projektowanych postanowieniach umowy.
3. **Placówki medyczne, o których mowa w § 2 ust. 1 ppu\*:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2**.** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

3. (…)

[*Wykonawca winien wpisać:* **nazwę i dokładny adres placówki/w tym dzielnicę Warszawy oraz dodatkowo wskazać, która placówka spełnia wymóg określony w § 2 ust. 3 i/lub § 2 ust. 4 ppu\***]

1. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą do terminu określonego w SWZ.
3. Wadium w wysokości **4000,00 zł** (słownie: cztery tysiące złotych 00/100) wnieśliśmy przed upływem terminu składania ofert.
4. Wadium wniesione w formie pieniądza należy zwrócić na rachunek bankowy nr …………………………………………………………………………………………….………prowadzony w banku ………….…………. Oświadczenie o zwolnieniu wadium wniesionego w innej formie niż pieniądz należy przekazać gwarantowi/poręczycielowi na następujący adres e-mail……………………………………..
5. W przypadku udzielenia nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następującej(-ych) części zamówienia (należy podać zakres prac oraz nazwę Podwykonawcy, jeśli jest już znany):
	1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***1***

***1*** *w* przypadku *niewypełnienia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania żadnej części zamówienia podwykonawcom.*

***UWAGA:***

*Zamawiający przypomina, że powyższy punkt Formularza Ofertowego należy wypełnić w każdym przypadku, jeśli Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia, a także mając na uwadze treść art. 118 ust. 2 ustawy cyt.: „W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia wykonawcy mogą polegać na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby, jeśli podmioty te wykonają roboty budowlane lub usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.”*

*Udział podmiotu trzeciego w realizacji zamówienia w odniesieniu do warunków winien mieć charakter podwykonawstwa, w związku z czym wypełnieniu podlega pkt 9 Formularza Ofertowego.*

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres e-mail: ………………………………………………………
Dane kontaktowe: imię i nazwisko ……………………………………………………………, nr tel. ……………………………………………….., adres e-mail: ……………………………………………………..
2. Dokumenty wymienione od strony ……… do strony ……… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwaw rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r. poz. 1233) i nie mogą być ujawnione pozostałym uczestnikom postępowania.

***UWAGA****:*

*Zamawiający przypomina, że stosownie do treści:*

* *art. 18 ust. 3 ustawy Wykonawca winien wraz z przekazaniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa*
* *Rozdz. VIII.1. pkt 5 SWZ wszelkie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa* *muszą zostać odpowiednio oznaczone a następnie załączone na Platformie Zakupowej w osobnym pliku w miejscu właściwym dla Informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.*
1. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO)**2** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**3**

**2** *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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).*

**3** *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 ma obowiązku składać (w takim przypadku Wykonawca może usunąć treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie, przekreślenie, itp.).*

1. Jednocześnie, zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy oświadczam, że wybór niniejszej oferty:
	1. **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**4**
	2. **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w związku z tym:**4**
		1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**5**

**4** *Niepotrzebne skreślić. W przypadku nie skreślenia (nie wskazania) żadnej z ww. treści oświadczenia i niewypełnienia powyższego pola oznaczonego: „należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług” – Zamawiający uzna, że wybór przedmiotowej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

**5** *W pkt. 13.2.1. należy wskazać: nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego, wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku, stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie.*

1. **Wykonawca jest1:**
	1. Mikroprzedsiębiorstwem: tak/nie\*
	2. Małym przedsiębiorstwem: tak/nie\*
	3. Średnim przedsiębiorstwem: tak/nie\*

**Uwaga 1**

 *Zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do wypełnienia ogłoszenia o udzieleniu zamówienia (do celów statystycznych).*

* *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.*

*\*niepotrzebne skreślić.*

1. Zgodnie z Rozdz. IV.1. SWZ do oferty zostają załączone dokumenty:
	1. …………………………………………………………………………………………………….
	2. …………………………………………………………………………………………………….
	3. …………………………………………………………………………………………………….
	4. …………………………………………………………………………………………………….
	5. …………………………………………………………………………………………………….

*Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.).*

**Załącznik nr 2 do SWZ – wzór Oświadczenia własnego oraz Oświadczenia o braku podstaw wykluczenia**

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie własne oraz Oświadczenie o braku podstaw wykluczenia**

 **DPIZP.2619.9.2023**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na ***„Zakup usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR***” składam oświadczenia:

**CZĘŚĆ A – Oświadczenie własne Wykonawcy.**

Wykonawca oświadcza, że jest:**1**

1. Mikroprzedsiębiorstwem: tak/nie**2**
2. Małym przedsiębiorstwem: tak/nie**2**
3. Średnim przedsiębiorstwem: tak/nie**2**

**Uwaga**

 Zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.Urz. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do wypełnienia ogłoszenia o udzieleniu zamówienia (do celów statystycznych).

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.*

***2 niepotrzebne skreślić.***

**CZĘŚĆ B – Oświadczenie Wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 1710 ze zm.; dalej: „*ustawa*”)**

Oświadczam(-y), że:

1. nie podlegam(-y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy,
2. nie podlegam(-y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy.
3. Oświadczam(-y), że zachodzą w stosunku do mnie (nas) podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy). Jednocześnie oświadczam(-y), że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy podjąłem(-ęliśmy) następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………….**3**

**Uwaga**

**3** *Wykonawca wypełnia pkt 3. wyłącznie w przypadku, gdy go dotyczy*

**CZĘŚĆ C – Oświadczenie Wykonawcy dotyczące informacji podanych w CZĘŚCI B**

Oświadczam(-y), że wszystkie informacje podane w oświadczeniach w CZĘŚCI B są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

###

### Załącznik nr 2a do SWZ – wzór Oświadczenia o braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 7 ustawy o szczególnych rozwiązaniach

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 7 ustawy o szczególnych rozwiązaniach**

**DPiZP.2619.9.2023**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na **„*Zakup usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR***” oświadczam(-y), że na dzień złożenia niniejszego oświadczenia nie podlegam(-y) wykluczeniu na podstawie 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 (t.j. Dz.U. z 2023 poz. 129 ze zm.) tj.:

1. Nie jestem wykonawcą wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającą o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach;
2. Nie jestem wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593, 655, 835, 2180 i 2185) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach;
3. Nie jestem wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120 z późn. zm.) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach.

**Załącznik nr 3 do SWZ – wzór Oświadczenia dotyczącego spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa**

**w art. 125 ust. 1 z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych**

**DPIZP.2619.9.2023**

**CZĘŚĆ A**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na ***„Zakup*** ***usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR”*** oświadczam(-y), że spełniam(-y) warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale III.2. SWZ.

**CZĘŚĆ B - informacja w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów1**:

Oświadczam(-y), że w celu wykazania spełniania warunków udziału w ww. postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Rozdziale III pkt 1.2 SWZ*,* polegam(-y) na zasobach następującego/ych podmiotu/ów**2**:

1. …………………………………………………………………… (*podać firmę i adres podmiotu*), w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu);*
2. …………………………………………………………………… (*podać firmę i adres podmiotu*), w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**Uwaga:**

**1** *Wykonawca, w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia, wraz z oświadczeniem własnym, także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby.*

**2** *Wymienić wszystkie inne podmioty i dla każdego odrębnie wymienić zasoby, które udostępnia on Wykonawcy.*

**CZĘŚĆ C – Oświadczenie Wykonawcy dotyczące informacji podanych w CZĘŚCI A oraz CZĘŚCI B**

Oświadczam(-y), że wszystkie informacje podane w oświadczeniach w CZĘŚCI A oraz CZĘŚCI B są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Załącznik nr 4 do SWZ – wzór Oświadczenia o braku podstaw wykluczenia**

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie o braku podstaw wykluczenia**

**DPIZP.2619.9.2023**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na ***„Zakup usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR”*** oświadczam(-y), że na dzień złożenia niniejszego oświadczenia aktualne pozostają informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, tj. nie podlegam(-y) wykluczeniu na podstawie:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy dotyczących zawarcia z innymi Wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy.
5. art. 109 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy.

**Załącznik nr 5 do SWZ – wzór Oświadczenia o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

**DPIZP.2619.9.2023**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na ***„Zakup usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR”***, oświadczam(-y), że:

1. **nie należę(-ymy) do grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 275) **z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli odrębną ofertę w przedmiotowym postępowaniu** o udzielenie zamówienia publicznego**1**.
2. **należę(-ymy) do grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 275) **z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębną ofertę w przedmiotowym postępowaniu** o udzielenie zamówienia publicznego**1**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu** | **Siedziba** |
| 1 |  |  |
| (…) |  |  |

Jednocześnie na potwierdzenie, że nasza oferta została przygotowana niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej składam(-y) następujące informacje i/lub dokumenty:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**UWAGA:**

**1** niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 6 do SWZ – wzór Oświadczenia o podziale obowiązków w trakcie realizacji zamówienia**

**Oświadczenie o podziale obowiązków w trakcie realizacji zamówienia**

*(dotyczy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

**DPIZP.2619.9.2023**

Działając w imieniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia: ……………………………..**1**, przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na ***„Zakup usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR”*** oświadczam(-y), że wyszczególnione poniżej dostawy/usługi zostaną zrealizowane zgodnie z poniższym:

1. Wykonawca ……………………………….**2** wykona następujące usługi/dostawy w ramach realizacji zamówienia:
	1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Wykonawca ……………………………….**2** wykona następujące usługi/dostawy w ramach realizacji zamówienia:
	1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Wykonawca ……………………………….**2** wykona następujące usługi/dostawy w ramach realizacji zamówienia:
	1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**UWAGA:**

**1** należy wpisać firmy wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

**2** należy wpisać firmy i adresy poszczególnych Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

**Załącznik nr 7 do SWZ – wzór Oświadczenia – Wykaz usług**

*[warunek udziału w postępowaniu]*

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie – Wykaz usług**

**DPIZP.2619.9.2023**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na ***„Zakup usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrali ARiMR”*,** składam(-y) wykaz usług wykonanych (wykonywanych) w okresie ostatnich czterech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie,na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdz. III.2. pkt 1.2. SWZ.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot wykonanych/**wykonywanych** usług(*wg warunku udziału w postępowaniu*) | **Wartość brutto usługi w zł.**(*w przypadku gdy zakres usługi jest szerszy, należy podać wyłącznie wartość usługi odpowiadającej treści warunku udziału w postępowaniu w badanym zakresie, wg warunku udziału w postępowaniu*) | Podmiot na rzecz którego wykonano usługę(nazwa i adres) | Daty wykonania | Dowody | **Informacje uzupełniające** |
| Oddd-mm-rrrr | Dodd-mm-rrrr | **Zasoby innego podmiotu** | **Nazwa innego podmiotu** |
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uwaga do kol. [7]:1. Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że powyższe usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, tj.:
	1. referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane*, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane;*
	2. oświadczenie Wykonawcy - jeżeli z przyczyn niezależnych od Wykonawcy nie jest on w stanie uzyskać dokumentów, o których mowa wyżej w pkt 1.1;
2. Należy wpisać nazwę dowodu (dokumentu) potwierdzającego, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie (podać numer strony);

Uwaga do kol. [8]:1. Zaznaczyć „TAK", tylko w przypadku, gdy Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu dla wykazania spełniania warunku udziału;
2. *Dla wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu, opisanego w Rozdz. III.2. pkt 1.2.SWZ, Wykonawca może polegać na zasobach innego podmiotu, na zasadach określonych w art. 118 Ustawy. W tym celu Wykonawca składa dokumenty i oświadczenia zgodnie z* zasadami *określonymi w Rozdz. IV.4. SWZ.*
 |