Załącznik nr 3 do SWZ. Oświadczenie Wykonawcy

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE****o braku podstaw do wykluczenia i spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych** |

**do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na USŁUGĘ OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW MINISTERSTWA SPRAWIEDLIWOŚCI I CZŁONKÓW ICH RODZIN**

**znak sprawy: PK/2021-1/MW**

*nazwa i dokładny adres Wykonawcy*

Oświadczam, że:

* nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 orazart. 109 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2019 z późn. zm.)
* spełniam określone przez Zamawiającego w SWZ warunki udziału w postępowaniu dotyczące posiadania uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej tj. posiadam zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyk objętych przedmiotem zamówienia, o którym mowa w Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. ze zm.)/ jestem wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020. poz. 295)\*

Oświadczam, że wszystkie oświadczenia i informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą.

.............................., ............................ .........................................................

Miejscowość, data podpis Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do SWZ. FORMULARZ OFERTY

|  |
| --- |
| **OFERTA** |

**Zamawiający:**

**Ministerstwo Sprawiedliwości**

**Al. Ujazdowskie 11**

**00-567 Warszawa**

**Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym na:**

**USŁUGĘ GRUPOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW MINISTERSTWA SPRAWIEDLIWOŚCI I CZŁONKÓW ICH RODZIN**

Znak sprawy: PK/2021-1/MW

działając w imieniu i na rzecz

 *(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum)*

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY:**
	1. **Wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ZAKRES I** | **ZAKRES II** | **ZAKRES III** |
| **Miesięczna cena za 1 osobę***(za pracownika)* | …………… zł *słownie:* ………………………………………… | …………… zł *słownie:* ………………………………………… | …………… zł *słownie:* ………………………………………… |
| **Miesięczna cena za pakiet partnerski** *(wraz z pracownikiem)* | …………… zł *słownie:* ………………………………………… | …………… zł *słownie:* ………………………………………… | …………… zł *słownie:* ………………………………………… |
| **Miesięczna cena za pakiet rodzinny** *(wraz z pracownikiem)* | …………… zł *słownie:* ………………………………………… | …………… zł *słownie:* ………………………………………… | …………… zł *słownie:* …..……………………………………. |

* + 1. **Zapewniamy minimalny wykaz świadczeń zgodny z Załącznikiem nr1A do SWZ. Ponadto oferujemy dodatkowo następujące świadczenia:**

| **Grupa oferowanych świadczeń** | **Wykaz** |
| --- | --- |
| **ZAKRES I** | **ZAKRES II** | **ZAKRES III** |
| **Konsultacje lekarzy specjalistów:***Prosimy wypisać oferowanych specjalistów* |  |  |  |
| **Telemedycyna:***Prosimy wypisać oferowanych specjalistów* |  |  |  |
| **Zabiegi ambulatoryjne:***Prosimy wypisać oferowane zabiegi* |  |  |  |
| **Badania laboratoryjne:***Prosimy wypisać oferowane badania* |  |  |  |
| **Diagnostyka obrazowa:***Prosimy wypisać oferowane badania*  |  |  |  |
| **Pozostałe badania***Prosimy wypisać oferowane badania* |  |  |  |
| **Usługi dodatkowe:***Prosimy wypisać oferowane usługi* |  |  |  |

* + 1. **Oferujemy następujące fakultatywne rozszerzenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rozszerzenie zakresu** | **Warunki rozszerzenia wspólne dla Zakresu I, II i III** |
| **Maksymalny akceptowany wiek przystąpienia dla małżonka, partnera życiowego (wyższy niż 65 r.ż.)** | [ ]  TAK, Limit wieku: do 69 lat[ ]  TAK Limit wieku: do 75 lat | [ ]  NIE |
| **Gwarancja dostępności wizyt lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej** | max. …………….dni |
| **Gwarancja dostępności wizyt lekarzy specjalistów** | max. ……………. dni |
| **Konsultacje profesorskie** | [ ]  TAK, w Zakresie III[ ]  TAK, w Zakresie II i III[ ]  TAK, w Zakresie I, II i III | [ ]  NIE |
| **Zniżka na usługi stomatologiczne (stomatologia zachowawcza)**  | ……………. % zniżki |
| **Dodatkowy czwarty pakiet dla pracownika i członków jego rodziny\***  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| **Dodatkowy pakiet seniorski\*** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| **Możliwość wykupienia pakietu indywidualnego przez dorosłe dziecko** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| **Możliwość zmiany zakresu na wyższy w dowolnym momencie**  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| **Obniżenie wymaganego progu minimalnej partycypacji** | [ ]  TAK, Limit 85 pracowników[ ]  TAK Limit 80 pracowników[ ]  TAK Limit 75 pracowników[ ]  TAK Limit 70 pracowników | [ ]  NIE |
| **Rozszerzenie zakresu** | **Warunki rozszerzenia wspólne dla Zakresu II i III** |
| **Koszty kontrastu w diagnostyce obrazowej (dot. Zakresu II i III)** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| **Rozszerzenie zakresu** | **Warunki rozszerzenia dla Zakresu III** |
| **Zwiększenie wysokości limitu zabiegów rehabilitacji ambulatoryjnej w roku polisowym (dot. Zakresu III)** | [ ]  TAK, limit 40 zabiegów[ ]  TAK, Bez limitu | [ ]  NIE |

\*Uwaga: w przypadku zaoferowania dodatkowego czwartego zakresu dla pracownika i członków jego rodziny i/lub pakietu seniorskiego prosimy o załączenie do oferty szczegółowego wykazu świadczeń i cen.

* + 1. **Oferujemy bezgotówkowy dostęp do następującej liczby placówek (zarówno swoich jak i partnerów medycznych):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna liczba placówek medycznych dostępnych w Warszawie** | ……………………..………… |
| **Łączna liczba placówek medycznych dostępnych w całej Polsce** | …………………………………… |

Listę teleadresową placówek znajdujących się na terenie Warszawy prosimy załączyć do oferty.

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie określonym w SWZ**.**
2. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone w SWZ**.**
3. **JESTEŚMY** związani ofertą przez okres wskazany w SWZ**.**
4. **OŚWIADCZAMY**, iż oferowana usługa jest zwolniona z VAT/ jest objęta VAT w wysokości ……… zgodnie z ………………………...
5. **OŚWIADCZAMY**, że zamówienie wykonamy sami/z udziałem następujących podwykonawców *(prosimy wskazać nazwy i adresy* podwykonawców) ………………………………….…………..……., którzy wykonywać będą następujące części zamówienia: ..........................................................................
6. **OŚWIADCZAMY**, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie, oraz w dokumentach złożonych wraz z ofertą, na stronach …….…. niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się i akceptujemy projektowane postanowienia umowy określone w SWZ i 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
8. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
9. **OŚWIADCZAMY**, że Wykonawca którego reprezentujemy jest:

[ ]  małym przedsiębiorcą *(małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)*

[ ]  średnim przedsiębiorcą *(średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)*

[ ]  dużym przedsiębiorstwem

1. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie postępowania należy kierować na poniższy adres:
	* 1. imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………..………..………………
		2. adres:…………………………………………………………………………………….………………………………….
		3. tel……………..…………..  e-mail: ………………………..………………………..
2. **ZAŁĄCZNIKAMI** do oferty stanowiącymi jej integralną część są**:**
3. ………………
4. ……………..
5. ……………..

*………………………………………………………………*

*(podpis Wykonawcy)*