**Załącznik nr 1.1 SWZ**

**Zadanie nr 1 - KWP/OPP/SPKP/KMP Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 440 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 302 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 2 | 92 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 26 |  |  |
| 5 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 57 |  |  |
| 6 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 143 |  |  |
| 7 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 20 |  |  |
| 8 | Badania okresowe pracownika z wydaniem orzeczenia | 279 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 29 |  |  |
| 10 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 328 |  |  |
| 11 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 5 |  |  |
| 12 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 5 |  |  |
| 13 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | 4 |  |  |
| 14 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | 4 |  |  |
| 15 | Udział lekarza w pracach komisji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | 10 |  |  |
| 16 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 8 |  |  |
| 17 | Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 1 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.2 SWZ**

**Zadanie nr 2 - KMP Łomża/ SO WT KWP/ WKon KWP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 127 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 43 |  |  |
| 3 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 3 |  |  |
| 4 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 54 |  |  |
| 5 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 111 |  |  |
| 6 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 3 |  |  |
| 7 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 2 |  |  |
| 8 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
| 9 |  Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.3 SWZ**

**Zadanie nr 3 - KMP Suwałki, CBŚP KGP z miejscem pełnienia służby Suwałki**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 127 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 164 |  |  |
| 3 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 4 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 77 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 2 |  |  |
| 6 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 95 |  |  |
| 7 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 4 |  |  |
| 8 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 1 |  |  |
| 9 |  Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 3 |  |  |
| 10 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 13 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.4 SWZ**

**Zadanie nr 4 – KPP Augustów**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 63 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 39 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 4 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 18 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 28 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 31 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 82 |  |  |
| 10 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 6 |  |  |
| 11 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 8 |  |  |
| 12 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
| 13 |  Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
| 14 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 30 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.5 SWZ**

**Zadanie nr 5 – KPP Bielsk Podlaski**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 26 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 10 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 9 |  |  |
| 4 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 3 |  |  |
| 5 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 7 |  |  |
| 6 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 1 |  |  |
| 7 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 28 |  |  |
| 8 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 2 |  |  |
| 9 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.6 SWZ**

**Zadanie nr 6 – KPP Grajewo**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 38 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 36 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 5 |  |  |
| 4 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 12 |  |  |
| 5 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 6 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 14 |  |  |
| 7 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 8 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 38 |  |  |
| 9 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 3 |  |  |
| 10 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 14 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.7 SWZ**

**Zadanie nr 7 – KPP Hajnówka / WKon KWP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 21 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 11 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 1 |  |  |
| 5 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 7 |  |  |
| 6 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 7 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 2 |  |  |
| 8 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 17 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 1 |  |  |
| 10 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 38 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.8 SWZ**

**Zadanie nr 8 – KPP Kolno**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 30 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 16 |  |  |
| 6 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 7 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 3 |  |  |
| 8 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 9 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 5 |  |  |
| 10 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 37 |  |  |
| 11 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 6 |  |  |
| 12 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 13 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.9 SWZ**

**Zadanie nr 9 – KPP Mońki**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 35 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 22 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 2 |  |  |
| 4 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 5 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 5 |  |  |
| 6 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 13 |  |  |
| 7 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 1 |  |  |
| 8 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 39 |  |  |
| 9 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 2 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.10 SWZ**

**Zadanie nr 10 – KPP Sejny**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 42 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 25 |  |  |
| 3 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 14 |  |  |
| 4 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 5 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 20 |  |  |
| 6 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 7 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 28 |  |  |
| 8 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 3 |  |  |
| 9 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 2 |  |  |
| 10 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 1 |  |  |
| 11 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 11 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.11 SWZ**

**Zadanie nr 11 – KPP Siemiatycze**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 28 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 6 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | 5 |  |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 5 |  |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 9 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 1 |  |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 36 |  |  |
| 10 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 5 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.12 SWZ**

**Zadanie nr 12 – KPP Sokółka**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 42 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 16 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | 3 |  |  |
| 4 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 11 |  |  |
| 5 | Badania wstępne pracownika z wydaniem orzeczenia | 6 |  |  |
| 6 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 11 |  |  |
| 7 | Badania kontrolne pracownika z wydaniem orzeczenia | 8 |  |  |
| 8 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 58 |  |  |
| 9 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 4 |  |  |
| 10 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
| 11 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 2 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.13 SWZ**

**Zadanie nr 13 – KPP Wysokie Mazowieckie**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 56 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 30 |  |  |
| 3 | Badania kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia | 5 |  |  |
| 4 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 31 |  |  |
| 5 | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia (bez badań diagnostycznych) | 10 |  |  |
| 6 | Szczepienie p/KZM(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 4 |  |  |
| 7 |  Szczepienia ochronne p/tężcowi(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 3 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.14 SWZ**

**Zadanie nr 14 – KPP Zambrów**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 18 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 14 |  |  |
| 3 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 3 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 1.15 SWZ**

**Zadanie nr 15 – BSWP, CBŚP KGP z miejscem pełnienia służby Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* |
|  |
| **Dane Firmy:** |
| Miasto: |  |
| Województwo: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica, nr domu/nr lokalu |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy):* |  |
| Telefon: |  | Faks:  |  |
| Adres e-mail: |  |
|  **Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):**(*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* |
| ❑ mikroprzedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie* *przekracza 2 milionów euro )* ❑ małe przedsiębiorstwo (*zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro)*❑ średnie przedsiębiorstwo *(zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub*  *roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)* ❑ jednoosobowa działalność gospodarcza❑ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej❑ inny rodzaj  |
| Dane do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania (jeżeli są inne niż wskazane powyżej): |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż określony powyżej)*: |
|  |
| Nr rachunku bankowego do zwrotu wadium (*jeżeli dotyczy*): |
|  |
| Adres/adres e-mail gwaranta lub poręczyciela do zwrotu wadium złożonego w formie elektronicznej *(jeżeli dotyczy):* |
|  |
| **Oświadczam, że aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.: KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działająca w imieniu wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………. *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)*Podmiot udostępniający zasoby *(jeżeli występuje)* …………………………………………………………......................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………... *(NIP, REGON podmiotu , adres strony internetowej podmiotu lub nazwa bazy danych)*  |

dotyczy postępowania na: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY NA RZECZ POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW POLICJI (postępowanie nr 36/U/21)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Przewidywana ilość badań*** | ***Cena jednostkowa******zł*** | ***Razem******(kol. 3 x kol.4)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | 5 |  |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | 34 |  |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 2 | 22 |  |  |
| 4 | Badania okresowe pracownika na stanowiskach bez zagrożeń z wydaniem orzeczenia | 4 |  |  |
| 5 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | 31 |  |  |
| 6 | Szczepienia ochronne p/WZW B(w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | 60 |  |  |
|  |  **Razem (łączna cena ofertowa brutto):**  |

Jednocześnie oferuję:

a) dostępność **1 lekarza profilaktyka** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

b) dostępność **2 lekarzy** **profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)/

c) dostępność **3 lub więcej** **lekarzy profilaktyków** 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku)\*

**\* - niewłaściwe skreślić**

Oświadczam, że Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania część zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy***(jeżeli są znani)* | **Zakres części zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ponadto:

1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, tj. między innymi: koszt materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym wzorem umowy, i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiotowe zamówienie w terminie określonym w SWZ, zgadzam się na warunki i termin płatności określone w projekcie umowy stanowiącym załącznik do SWZ.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną.
6. Zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną w SWZ.
7. 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, i których dane zostały przekazane Zamawiającemu w ramach zamówienia\*\*\*.
8. Adres/y obiektu/ów, w którym wykonywane będą usługi medyczne: (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą badania specjalistyczne kierowców lub osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

1. Adres obiektu, w którym wykonywane będą szczepienia ochronne (kod pocztowy, miasto, ulica, numer)

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

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

.................................., dn. ...................................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej**\***)

\* Oferta powinna być podpisana przez osobę lub w przypadku reprezentacji łącznej – przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji.

W przypadku podpisania oferty przez osoby upełnomocnione – musi zostać załączone pisemne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność przez notariusza.

\*\* 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).

\*\*\* 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).