**SPECYFIKACJA**

**WARUNKÓW ZAMÓWIENIA – NR 57/BHP/23**

**NA: ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM**

**I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO**

**I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku

ul. H. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok

nr tel. 47 711 3137, faks 47 711 2842

adres strony internetowej prowadzonego postępowania: [www.platformazakupowa.pl](http://www.platformazakupowa.pl)

adres strony internetowej, na której udostępniane będą zmiany i wyjaśnienia treści SWZ oraz inne dokumenty zamówienia bezpośrednio związane z postępowaniem o udzielenie zamówienia: [www.platformazakupowa.pl](http://www.platformazakupowa.pl)

adres poczty elektronicznej: [zamowienia.kwp@bk.policja.gov.pl](mailto:zamowienia.kwp@bk.policja.gov.pl)

adres strony internetowej Zamawiającego: [www.podlaska.policja.gov.pl](http://www.podlaska.policja.gov.pl)

**II. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

* + - 1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na usługi społeczne i inne szczególne usługi *(t. j. Dz. U. z 2024, poz. 1320)* zwanej dalej „Pzp”.

1. Zamawiający nie przewiduje wyboru najkorzystniejszej oferty z możliwością prowadzenia negocjacji.
2. W zakresie nieuregulowanym niniejszą Specyfikacją Warunków Zamówienia, zwaną dalej „SWZ”, zastosowanie mają przepisy ustawy Pzp.
3. Wartość zamówienia nie przekracza progów unijnych, o których mowa w art. 3 ustawy Pzp.

**III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1.1 Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych obejmujących badania   
z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników i funkcjonariuszy garnizonu podlaskiego oraz pracowników i funkcjonariuszy Centralnego Biura Śledczego Policji, Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości, Biura Spraw Wewnętrznych Policji z miejscem pełnienia służby i pracy na terenie woj. podlaskiego oraz wydawanie orzeczeń i zaświadczeń lekarskich   
w zakresie:

1. badań okresowych i kontrolnych policjantów,
2. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników Policji,
3. badań osób kierujących pojazdami uprzywilejowanymi,
4. badań osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej,
5. badań oceniających widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie,
6. wydania opinii dotyczącej stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy,
7. udziału lekarza w pracach komisji m.in. związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy/służby,
8. szczepień ochronnych p/KZM,
9. szczepień ochronnych /tężcowi,
10. szczepień ochronnych p/WZW B,
11. badań wstępnych osób bezrobotnych przyjmowanych na staż,
12. badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.

1.2 Świadczenia zdrowotne będą realizowane przez Wykonawcę na podstawie aktualnych skierowań wystawionych przez osoby upoważnione do ich wystawienia i rejestracji.

1.3 Przedmiot zamówienia będą realizowały osoby uprawnione do realizowania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wykonawca zapewnia, że świadczone usługi wykonywane będą z należytą starannością, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną oraz z zachowaniem zasad etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta określonych w przepisach prawa.

1.4 W zakres przedmiotu zamówienia wchodzą usługi polegające na:

* wykonywaniu badań okresowych i kontrolnych policjantów, na zasadach określonych   
  w r*ozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 2107),*
* wykonywaniu badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników Policji na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r*. *w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 607),*
* dodatkowych badaniach lekarskich w przypadkach określonych w *ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 1465)* przeprowadzanych po zgłoszeniu przez pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy, w tym badania lekarskie stwierdzające przeciwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią, o których mowa w art. 179 Kodeksu pracy, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2006 r. w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią (Dz. U. z 2006 nr 42, poz. 292),*
* wykonywaniu badań kierowców lub osoby kierującej pojazdem służbowym, uprzywilejowanym na zasadach określonych w *ustawie z dnia 5 stycznia 2011 r.   
  o kierujących pojazdami (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1210)*  przepisach wykonawczych do ustawy[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2) oraz *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 607), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowiskach kierowcy (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 165),*
* badaniu osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej na zasadach określonych w *ustawie z dnia 21.12.2000 r. o żegludze śródlądowej (t.j. Dz.U. 2024   
  poz. 395, 731),*
* wykonywaniu szczepień ochronnych zgodnie z art. 20 *ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.*   
  *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (*Dz.U. 2024 poz. 924)* oraz *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. z 2012 poz. 40),*
* wydawaniu opinii dotyczącej stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy, zgodnie z *wytycznymi Nr 2 Komendanta Głównego Policji z dnia 29 marca 2002 r. w sprawie zasad nabywania i gospodarowania miejscami na turnusach profilaktyczno-rehabilitacyjnych i turnusach antystresowych w jednostkach organizacyjnych Policji (Dz. Urz. KGP poz. 28 z późn. zm.),*
* udziale lekarza w pracach komisji związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy na podst. art. 237¹² § 1 *ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 1465),*
* udziale lekarza w pracach komisji związanej z przyznaniem urlopu dodatkowego za pracę   
  w warunkach szkodliwych na podstawie *rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych   
  z dnia 19 września 2014 r. w sprawie urlopów policjantów* *(Dz. U. 2014 poz. 1282   
  z późn. zm.),*
* monitorowaniu stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka,   
  a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych, wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą na podstawie *ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r.   
  o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. 2022 poz. 437)*;
* prowadzeniu analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy na podstawie *ustawy   
  z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. 2022 poz. 437),*
* wykonywaniu badań wstępnych osoby bezrobotnej przyjętej na staż na postawie *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. 2009 nr 142   
  poz. 1160).*

1.5 W ramach przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany będzie do:

a) prowadzenia oraz aktualizacji dokumentacji medycznej i danych osobowych osób badanych oraz chronienia jej i udostępniania zgodnie z obowiązującymi przepisami,

b) prowadzenia ewidencji wykonanych świadczeń zdrowotnych za każdy miesiąc,   
z uwzględnieniem rodzaju i ilości poszczególnych usług zrealizowanych dla każdego uprawnionego do świadczeń,

c) przejęcia od poprzedniego Wykonawcy dokumentacji medycznej i ewidencji zgłoszeń.

1.6 Zamawiający wymaga, aby usługi wykonywane były w obiektach lub budynkach, położonych na terenie miejscowości wskazanych przez Zamawiającego w rozdz. XVI SWZ, spełniających wymagania stawiane zakładom opieki zdrowotnej, w dni robocze od poniedziałku do piątku   
w godzinach co najmniej od 8.00 do 15.00. Wykonawca również obowiązany jest zapewnić:

* dostępność lekarza profilaktyka 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku),   
  w godzinach co najmniej od 8.00 do 15.00,
* gabinety w ilości odpowiedniej do liczby lekarzy wykonujących zadania wynikające   
  z umowy,
* gabinet zabiegowy, w którym Wykonawca zapewni pobieranie materiału do badań laboratoryjnych co najmniej w godzinach od 8.00 do 12.00,
* urządzenie EKG,
* pracownię RTG.

1.7 Ilość usług przedmiotu zamówienia przyjęta została szacunkowo w celu wyliczenia ceny oferty i nie może być podstawą roszczeń ze strony Wykonawcy. Faktyczna ilość zlecanych usług wynikać będzie z rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, przy czym łączna wartość zleceń nie przekroczy kwoty wynikającej z wartości umowy, tj. ceny najkorzystniejszej oferty. Orientacyjna wartość zamówienia została ustalona na podstawie rozeznania rynku.

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został określony przez Zamawiającego   
   w załącznikach nr 1.1 - 1.15 do SWZ (formularze ofertowe) oraz we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 3 do SWZ.
2. Zamawiający **dopuszcza** możliwość składania **ofert częściowych** – **ilość zadań: 15**

**Zadanie nr 1**: świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku, Oddziału Prewencji Policji, Samodzielnego Pododdziału Kontrterrorystycznego Policji i Komendy Miejskiej Policji   
w Białymstoku

**Zadanie nr 2**: świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Miejskiej Policji w Łomży, Ogniwa w Łomży Wydziału Konwojowego Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku i Zespół w Łomży Wydziału Transportu Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku, Oddział Prewencji Policji   
w Białymstoku z siedzibą w Łomży

**Zadanie nr 3**: świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach, Sekcji w Suwałkach Wydziału Konwojowego Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku, Sekcji w Suwałkach Wydziału Techniki Operacyjnej KWP w Białymstoku, Zespół w Suwałkach Wydziału Transportu Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku, Wydziału w Suwałkach Zarządu w Białymstoku Centralnego Biura Śledczego Policji i Oddział Prewencji Policji   
w Białymstoku z siedzibą w Suwałkach

**Zadanie nr 4**: świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Augustowie

**Zadanie nr 5**: świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Bielsku Podlaskim

**Zadanie nr 6:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Grajewie

**Zadanie nr 7:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Hajnówce i Ogniwa w Hajnówce Wydziału Konwojowego Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku

**Zadanie nr 8:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Kolnie

**Zadanie nr 9:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Mońkach

**Zadanie nr 10:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Sejnach

**Zadanie nr 11:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Siemiatyczach

**Zadanie nr 12:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Sokółce

**Zadanie nr 13:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Wysokiem Mazowieckiem

**Zadanie nr 14:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Komendy Powiatowej Policji w Zambrowie

**Zadanie nr 15:** świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy policjantów   
i pracowników Wydziału w Białymstoku Biura Spraw Wewnętrznych Policji, Zarządu   
w Białymstoku Centralnego Biura Śledczego i Wydziału Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości w Białymstoku

Wykonawca dowolnie wybiera zadania, które może zrealizować i wypełnia odpowiednie załączniki (**1.1 – 1.15**) stanowiące integralną część Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Ofertę można składać w odniesieniu do wszystkich części zamówienia.

1. Wspólny Słownik Zamówień CPV: 85121000-3 – usługi medyczne
2. Zamawiający **nie dopuszcza oraz nie wymaga** składania **ofert wariantowych.**
3. **Zamawiający nie wymaga składania ofert w postaci katalogów elektronicznych**.
4. Zamawiający **nie przewiduje**  możliwości udzielenia zamówień, o których mowa w art. 214 ust. 1 pkt 7 ustawy PZP.
5. Zamawiający nie przewiduje obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę kluczowych zadań.
6. Zamawiający **nie przewiduje** zawarcia umowy ramowej.
7. Aukcja elektroniczna **nie jest przewidziana.**

1. Zamawiający nie zastrzega możliwości ubiegania się o udzielenie zamówienia wyłącznie przez Wykonawców, o których mowa w art. 94 Pzp.
2. Zamawiający nie wymaga zatrudnienia na podstawie stosunku pracy przez Wykonawcę lub podwykonawcę osób wykonujących prace, opisanych w SWZ, związanych z wykonywaniem usług objętych zamówieniem.
3. Zamawiający nie określa dodatkowych wymagań związanych z zatrudnieniem osób, o których mowa w art. 96 ust. 2 pkt 2 ustawy Pzp.
4. Zamawiający przewiduje możliwość unieważnienia postępowania na podstawie art. 310 ustawy, zgodnie z którym Zamawiający może unieważnić postępowanie o udzielenie zamówienia, jeżeli środki publiczne, które Zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie całości lub części zamówienia, nie zostały mu przyznane.
5. Zamawiający nie przewiduje rozliczenia w walutach obcych.
6. Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
7. Zamawiający nie przewiduje odbycia przez Wykonawcę wizji lokalnej lub sprawdzenia przez Wykonawcę dokumentów niezbędnych do realizacji zamówienia dostępnych na miejscu   
   u Zamawiającego.
8. Zamawiający nie przewiduje ograniczenia podmiotowego, o którym mowa w art. 361 ust. 1 ustawy.
9. Wszystkie załączniki do niniejszej SWZ stanowią jej integralną część.

**IV. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin realizacji zamówienia: **24 miesiące** **licząc od 01.01 2025 r.**

**V. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ PODSTAWY WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA WYKONAWCY**

* + - 1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym:

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

1. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów:

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

1. sytuacji ekonomicznej lub finansowej:

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

1. zdolności technicznej lub zawodowej:

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

* + - 1. Wykluczenie Wykonawców:
  1. Z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **wyklucza się Wykonawcę**,   
     w stosunku do którego zachodzi którakolwiek z okoliczności, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 Pzp, z zastrzeżeniem art. 110 ust. 2 Pzp, tj. wyklucza się Wykonawcę:

1. będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za przestępstwo:
2. udziału w zorganizowanej grupie przestępczej albo związku mającym na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego, o którym mowa w art. 258 Kodeksu karnego,
3. handlu ludźmi, o którym mowa w art. 189a Kodeksu karnego,
4. o którym mowa w art. 228–230a, art. 250a Kodeksu karnego, w art. 46–48 ustawy   
   z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2023 r. poz. 2048 oraz z 2024 r.   
   poz. 1166) lub w art. 54 ust. 1–4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930),
5. finansowania przestępstwa o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 165a Kodeksu karnego, lub przestępstwo udaremniania lub utrudniania stwierdzenia przestępnego pochodzenia pieniędzy lub ukrywania ich pochodzenia, o którym mowa w art. 299 Kodeksu karnego,
6. o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 Kodeksu karnego, lub mające na celu popełnienie tego przestępstwa,
7. powierzenia wykonywania pracy małoletniemu cudzoziemcowi, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2021 poz. 1745),
8. przeciwko obrotowi gospodarczemu, o których mowa w [art. 296-307](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(296)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, przestępstwo oszustwa, o którym mowa w art. 286 Kodeksu karnego, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów, o których mowa w art. 270-277d Kodeksu karnego, lub przestępstwo skarbowe,
9. o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 3 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r.   
   o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;

1. jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w pkt 1;
2. wobec którego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, chyba że wykonawca odpowiednio przed upływem terminu do składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;
3. wobec którego prawomocnie orzeczono zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;
4. jeżeli Zamawiający może stwierdzić, na podstawie wiarygodnych przesłanek, że wykonawca zawarł z innymi wykonawcami porozumienie mające na celu zakłócenie konkurencji, w szczególności jeżeli należąc do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, chyba że wykażą, że przygotowali te oferty lub wnioski niezależnie od siebie;
5. jeżeli, w przypadkach, o których mowa w art. 85 ust. 1 Pzp, doszło do zakłócenia konkurencji wynikającego z wcześniejszego zaangażowania tego wykonawcy lub podmiotu, który należy z wykonawcą do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, chyba że spowodowane tym zakłócenie konkurencji może być wyeliminowane w inny sposób niż przez wykluczenie wykonawcy z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

2.2 Wykluczenie Wykonawcy następuje na okres wskazany w art. 111 Pzp.

2.3 Wykonawca może zostać wykluczony przez Zamawiającego na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.

2.4 Wykonawca **nie podlega wykluczeniu** w okolicznościach określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy Pzp, **jeżeli udowodni Zamawiającemu, że spełnił łącznie następujące przesłanki**:

* + - 1. naprawił lub zobowiązał się do naprawiania szkody wyrządzonej przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem, w tym poprzez zadośćuczynienie pieniężne;
      2. wyczerpująco wyjaśnił fakty i okoliczności związane z przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem oraz spowodowanymi przez nie szkodami, aktywnie współpracując odpowiednio z właściwymi organami, w tym organami ścigania lub Zamawiającym;
      3. podjął konkretne środki techniczne, organizacyjne i kadrowe, odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom, wykroczeniom lub nieprawidłowemu postępowaniu, w szczególności:

a) zerwał wszelkie powiązania z osobami lub podmiotami odpowiedzialnymi za nieprawidłowe postępowanie Wykonawcy,

b) zreorganizował personel,

c) wdrożył system sprawozdawczości i kontroli,

d) utworzył struktury audytu wewnętrznego do monitorowania przestrzegania przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów,

e) wprowadził wewnętrzne regulacje dotyczące odpowiedzialności i odszkodowań za nieprzestrzeganie przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów.

2.5 Zamawiający oceni, czy podjęte przez Wykonawcę czynności, o których mowa w ust. 2.4, są wystarczające do wykazania jego rzetelności, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu Wykonawcy. Jeżeli podjęte przez Wykonawcę czynności, o których mowa w ust. 2.4, nie są wystarczające do wykazania jego rzetelności, Zamawiający wyklucza Wykonawcę.

2.6Zgodnie z art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach   
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, w celu przeciwdziałania wspieraniu agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętej w dniu 24 lutego 2022 r., wobec osób i podmiotów wpisanych na listę, o której mowa w art. 2 ustawy, stosuje się sankcje polegające m.in. na wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.

Na podstawie art. 7 ust. 1 w/w ustawy z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

* 1. Wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych   
     w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka,   
     o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
  2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym   
     w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2023 r. poz. 1124, 1285, 1723 i 1843) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;
  3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U.   
     z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych   
     w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3.

Powyższe wykluczenie następować będzie na okres trwania ww. okoliczności.   
W przypadku Wykonawcy wykluczonego na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy, Zamawiający odrzuca ofertę takiego Wykonawcy.

**VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY:**

1. **Na ofertę Wykonawcy składa się:**
2. wypełniony i podpisany formularz ofertowy – **załącznik nr** **1.1 – 1.15 SWZ**.
3. **Do oferty Wykonawca musi dołączyć:**
4. **oświadczenie** w zakresie wskazanym **w załączniku nr 2 do SWZ –** aktualne na dzień składania ofert, tymczasowo zastępujące wymagane przez Zamawiającego środki dowodowe, oraz w przypadku:

**- wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców (konsorcja, s.c.), Wykonawca składa także oświadczenie każdego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie (każdego wspólnika konsorcjum i s.c.) potwierdzające brak podstaw wykluczenia;**

1. **dokumenty potwierdzające umocowanie do reprezentowana Wykonawcy:**

- w celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu **Wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby** jest umocowana do jego reprezentowania, zamawiający żąda od Wykonawcy odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru,

Wykonawca nie jest zobowiązany do złożenia w/w dokumentów jeżeli Zamawiający może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, **o ile Wykonawca wskazał w formularzu ofertowym dane umożliwiające dostęp do tych dokumentów.**

1. **pełnomocnictwo**:

- jeżeli w imieniu Wykonawcy lub podmiotu udostępniającego zasoby działa osoba, której umocowanie do jego reprezentowania nie wynika z dokumentów, o których mowa w lit. b, należy złożyć **pełnomocnictwo** lub inny dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania wykonawcy;

- w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia treść pełnomocnictwa powinna wskazywać pełnomocnika oraz potwierdzać jego umocowanie do reprezentowania Wykonawców w postępowaniu lub do reprezentowania Wykonawców w postępowaniu i zawarcia w ich imieniu umowy.

Dla ważności pełnomocnictwa wymaga się podpisu prawnie upoważnionych przedstawicieli każdego z Wykonawców. Korespondencja będzie prowadzona wyłącznie   
z pełnomocnikiem.

Pełnomocnictwo do złożenia oferty powinno być złożone w oryginale w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym Mocodawcy, lub postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Dopuszcza się także złożenie elektronicznej kopii (skanu) pełnomocnictwa sporządzonego uprzednio w formie pisemnej, w formie elektronicznego poświadczenia sporządzonego stosownie do art. 97 § 2 ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. - Prawo o notariacie, które to poświadczenie notariusz opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Elektroniczna kopia pełnomocnictwa nie może być uwierzytelniona przez upełnomocnionego.

1. **dokument potwierdzający wniesienie wadium** – zgodnie z postanowieniami rozdziału XII SWZ,
2. **przedmiotowe środki dowodowe:** Zamawiający nie wymaga złożenia przedmiotowych środków dowodowych.
3. **Na wezwanie Zamawiającego Wykonawca, którego oferta została najwyżej oceniona, zobowiązany będzie złożyć podmiotowe środki dowodowe:**

W celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu w stosunku do Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia/ podmiotów udostępniających zasoby na zasadach określonych w art. 118 ustawy:

***nie dotyczy. Zamawiający nie wymaga złożenia podmiotowych środków dowodowych.***

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu: przez Wykonawcę:

***nie dotyczy. Zamawiający nie określił warunków udziału w postępowaniu.***

4. **Podmioty zagraniczne:** nie dotyczy w niniejszym postępowaniu*.*

**VII. WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O ZAMÓWIENIE**

* 1. Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia (konsorcja, spółki cywilne). W takim przypadku, Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich   
     w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
  2. Pełnomocnictwo powinno być załączone do oferty. Pełnomocnictwo do złożenia oferty powinno być złożone w oryginale w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym Mocodawcy, lub postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Dopuszcza się także złożenie elektronicznej kopii (skanu) pełnomocnictwa sporządzonego uprzednio w formie pisemnej, w formie elektronicznego poświadczenia sporządzonego stosownie do art. 97 §2 ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. - Prawo   
     o notariacie, które to poświadczenie notariusz opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Elektroniczna kopia pełnomocnictwa nie może być uwierzytelniona przez upełnomocnionego.
  3. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie zobowiązani będą, na wezwanie Zamawiającego, do złożenia aktualnych na dzień złożenia podmiotowych środków dowodowych *(jeżeli dotyczy w niniejszym postępowaniu).*
  4. Jeżeli została wybrana oferta wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego kopii umowy regulującej współpracę tych wykonawców.
  5. Zamawiający nie określił odmiennych wymagań związanych z realizacją zamówienia w odniesieniu do Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*.*
  6. Wszelka korespondencja oraz rozliczenia dotyczące realizacji zamówienia dokonywane będą z jednym Wykonawcą wskazanym i upoważnionym w pełnomocnictwie przez pozostałych Wykonawców.

**VIII. POLEGANIE NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW (art. 118-123 PZP).**

Nie dotyczy w niniejszym postępowaniu. Zamawiający nie stawia warunków udziału w postępowaniu.

**IX. PODWYKONAWSTWO.**

1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy/ podwykonawcom.
2. Na podstawie art. 462 ust. 2 Pzp Zamawiający żąda wskazania w ofercie (formularzu ofertowym) części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom i podania firm (nazw) tych podwykonawców (o ile są już znane).

Brak powyższej informacji w ofercie oznaczać będzie, że Wykonawca nie będzie korzystał   
z podwykonawstwa przy realizacji zamówienia. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie zamówienia.

**X. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.**

1. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/) pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/pn/kwp_bialystok>
2. Wykonawca składa ofertę, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej (tj. opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

**FORMAT PRZESYŁANYCH DANYCH**

1. Zamawiający określa dopuszczalne formaty przesyłanych danych zgodnie z Załącznikiem nr 2 „*Formaty danych oraz standardy zapewniające dostęp do zasobów informacji udostępnianych za pomocą systemów teleinformatycznych używanych do realizacji zadań publicznych”* do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21.05.2024 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych   
   i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych.
2. **ZAMAWIAJĄCY ZALECA NASTĘPUJĄCE FORMATY DANYCH: .pdf, .doc, .docx, ze szczególnym wskazaniem na pdf.**
3. W celu ewentualnej kompresji danych Zamawiający rekomenduje wykorzystanie jednego z formatów: .zip lub .7Z.
4. Pliki w innych formatach niż PDF zaleca się opatrzyć zewnętrznym podpisem XAdES. Wykonawca powinien pamiętać, aby plik z podpisem przekazywać łącznie z dokumentem podpisywanym. W przypadku wykorzystania formatu podpisu XAdES zewnętrzny Zamawiający wymaga dołączenia odpowiedniej ilości plików tj. podpisywanych plików z danymi oraz plików XAdES.
5. Jeśli wykonawca pakuje dokumenty np. w plik ZIP zalecamy wcześniejsze podpisanie każdego ze skompresowanych plików.
6. Zamawiający zaleca, aby nie wprowadzać jakichkolwiek zmian w plikach po podpisaniu ich podpisem kwalifikowanym. Może to skutkować naruszeniem integralności plików.
7. Podpisy kwalifikowane wykorzystywane przez Wykonawców do podpisywania wszelkich plików muszą spełniać “Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (eIDAS) (UE) nr 910/2014 - od 1 lipca 2016 roku”.
8. Szyfrowanie na Platformie odbywa się za pomocą protokołu TLS 1.3. Możliwość otworzenia pliku oferty dostępna jest dopiero po odszyfrowaniu przez Zamawiającego po upływie terminu składania ofert.
9. Występuje limit objętości plików lub spakowanych folderów w zakresie całej oferty do ilości10 plików lub spakowanych folderów przy maksymalnej wielkości 150 MB.
10. Maksymalny rozmiar plików przesyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej zamawiającego wynosi 26 MB.
11. Zamawiający, zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępnienia i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1320; dalej: “Rozporządzenie w sprawie środków komunikacji”), określa niezbędne **WYMAGANIA SPRZĘTOWO - APLIKACYJNE** **KOMUNIKACJA** umożliwiające pracę na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/), tj.:
    1. stały dostęp do sieci Internet o gwarantowanej przepustowości nie mniejszej niż 512 kb/s,
    2. komputer klasy PC lub MAC o następującej konfiguracji: pamięć min. 2 GB Ram, procesor Intel IV 2 GHZ lub jego nowsza wersja, jeden z systemów operacyjnych - MS Windows 7, Mac Os x 10 4, Linux, lub ich nowsze wersje,
    3. zainstalowana dowolna, inna przeglądarka internetowa niż Internet Explorer,
    4. włączona obsługa JavaScript,
    5. zainstalowany program Adobe Acrobat Reader lub inny obsługujący format plików .pdf,
    6. szyfrowanie na platformazakupowa.pl odbywa się za pomocą protokołu TLS 1.3.,
    7. oznaczenie czasu odbioru danych przez platformę zakupową stanowi datę oraz dokładny czas (hh:mm:ss) generowany wg. czasu lokalnego serwera synchronizowanego z zegarem Głównego Urzędu Miar.
12. Wykonawca, przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:
    1. akceptuje warunki korzystania z [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/) określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej [pod linkiem](https://platformazakupowa.pl/strona/1-regulamin) w zakładce „Regulamin" oraz uznaje go za wiążący,
    2. zapoznał i stosuje się do Instrukcji składania ofert/wniosków.
13. **Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za złożenie oferty w sposób niezgodny   
    z Instrukcją korzystania z** [**platformazakupowa.pl**](http://platformazakupowa.pl), w szczególności za sytuację, gdy zamawiający zapozna się z treścią oferty przed upływem terminu składania ofert (np. złożenie oferty w zakładce „Wyślij wiadomość do zamawiającego”). Taka oferta zostanie uznana przez Zamawiającego za ofertę handlową i nie będzie brana pod uwagę w przedmiotowym postępowaniu, ponieważ nie został spełniony obowiązek narzucony w art. 221 Pzp.

Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) dotyczące   
w szczególności logowania, składania wniosków o wyjaśnienie treści SWZ, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców" na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>.

1. W toku postępowania zgodnie z art. 61 ust. 2 Pzp komunikacja ustna dopuszczalna jest jedynie w toku negocjacji lub dialogu oraz w odniesieniu do informacji, które nie są istotne.   
   W odniesieniu do informacji istotnych, w szczególności dotyczących ogłoszenia o zamówieniu lub dokumentów zamówienia, potwierdzenia zainteresowania, ofert komunikacja ustna jest niedopuszczalna.
2. Osoby upoważnione do kontaktu z Wykonawcami:

Urszula Stepaniuk - tel. 47 711 31 47, Anna Gołko - tel. 47 711 31 37 - w godz. 8.00 do 15.00.

1. Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami, w tym wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje, przekazywane są za pośrednictwem platformazakupowa.pl i formularza „Wyślij wiadomość do zamawiającego”.
2. Za datę przekazania (wpływu) oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji przyjmuje się datę ich przesłania za pośrednictwem platformazakupowa.pl poprzez kliknięcie przycisku „Wyślij wiadomość do zamawiającego” po których pojawi się komunikat, że wiadomość została wysłana do Zamawiającego. **W przypadku awarii platformy zakupowej** Zamawiający dopuszcza komunikację za pośrednictwem poczty elektronicznej. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z Wykonawcami: zamowienia.kwp@bk.policja.gov.pl.
3. Zamawiający będzie przekazywał Wykonawcom informacje w formie elektronicznej za pośrednictwem platformazakupowa.pl. Informacje dotyczące odpowiedzi na pytania, zmiany SWZ, zmiany terminu składania i otwarcia ofert Zamawiający będzie zamieszczał na platformie w sekcji “Komunikaty”. Korespondencja, której zgodnie z obowiązującymi przepisami adresatem jest konkretny Wykonawca, będzie przekazywana w formie elektronicznej za pośrednictwem platformazakupowa.pl do konkretnego Wykonawcy.
4. Wykonawca ma obowiązek sprawdzania komunikatów i wiadomości bezpośrednio na platformazakupowa.pl przesłanych przez zamawiającego, gdyż system powiadomień może ulec awarii lub powiadomienie może trafić do folderu SPAM.

**XI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWYWANIA OFERTY, OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW**

1. **Oświadczenie,** o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp - rozdz. VI ust. 2 lit. a) SWZ składa się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej (tj. opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
2. **Oferta, podmiotowe środki dowodowe, przedmiotowe środki dowodowe, pełnomocnictwa oraz inne dokumenty i oświadczenia** (jeżeli były wymagane) składa się zgodnie z formą określoną w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. *w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu   
   o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie*, zgodnie z którym:
3. W przypadku, gdy podmiotowe środki dowodowe, przedmiotowe środki dowodowe lub dokumenty potwierdzające umocowanie do reprezentowania zostały **wystawione przez upoważnione podmioty inne niż Wykonawca:**

jako dokument elektroniczny – Wykonawca przekazuje ten dokument;

jako dokument w postaci papierowej – Wykonawca przekazuje cyfrowe odwzorowanie tego dokumentu opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym poświadczającym zgodność cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej;

Poświadczenia zgodności cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej, o którym mowa w lit. b) powyżej, dokonuje notariusz lub:

- w przypadku podmiotowych środków dowodowych oraz dokumentów potwierdzających umocowanie do reprezentowania – odpowiednio Wykonawca, Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, podmiot udostępniający zasoby, każdy w zakresie dokumentu, który go dotyczy;

- w przypadku przedmiotowych środków dowodowych – odpowiednio Wykonawca lub Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia,

- w przypadku innych dokumentów – odpowiednio Wykonawca lub Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, każdy w zakresie dokumentu, który go dotyczy;

2) Podmiotowe środki dowodowe, w tym oświadczenie, o którym mowa w art. 117 ust. 4 ustawy, zobowiązanie/-nia podmiotu udostępniającego zasoby, przedmiotowe środki dowodowe, **które nie zostały wystawione przez upoważnione podmioty**, **oraz wymagane pełnomocnictwa**:

a) Wykonawca przekazuje w postaci elektronicznej i opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym;

b) gdy zostały sporządzone jako dokument w postaci papierowej i opatrzone własnoręcznym podpisem, Wykonawca przekazuje cyfrowe odwzorowanie tych dokumentów opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, poświadczającym zgodność cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej.

Poświadczenia zgodności cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej, o którym mowa w lit. b) powyżej, dokonuje notariusz lub:

- w przypadku podmiotowych środków dowodowych – odpowiednio Wykonawca, Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, podmiot udostępniający zasoby, każdy w zakresie dokumentu, który go dotyczy;

- w przypadku przedmiotowego środka dowodowego, oświadczenia, o którym mowa w art. 117 ust. 4 ustawy, zobowiązania podmiotu udostępniającego zasoby – odpowiednio Wykonawca lub Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia;

- w przypadku pełnomocnictwa – mocodawca.

1. **Przez cyfrowe odwzorowanie należy rozumieć** dokument elektroniczny będący kopią elektroniczną treści zapisanej w postaci papierowej, umożliwiający zapoznanie się z tą treścią   
   i jej zrozumienie, bez konieczności bezpośredniego dostępu do oryginału.
2. W przypadku przekazywania dokumentu elektronicznego w formacie poddającym dane kompresji, opatrzenie pliku zawierającego skompresowane dokumenty kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym jest równoznaczne z opatrzeniem wszystkich dokumentów zawartych w tym pliku odpowiednio kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
3. Oferta powinna być:
   1. sporządzona na podstawie załączników niniejszej SWZ w języku polskim,
   2. podmiotowe środki dowodowe, przedmiotowe środki dowodowe oraz inne dokumenty   
      i oświadczenia (jeżeli były wymagane) sporządzone w języku obcym przekazuje się wraz   
      z tłumaczeniem na język polski,
   3. złożona przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, tzn. za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/).
4. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp, nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób niebudzący wątpliwości zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane **oraz wykazał, załączając stosowne wyjaśnienia,** iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 ustawy. Wszelkie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (*t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233*), które Wykonawca zamierza zastrzec jako tajemnicę przedsiębiorstwa w celu utrzymania w poufności tych informacji przekazuje je w wydzielonym i odpowiednio oznaczonym pliku. Na platformie w formularzu składania oferty znajduje się miejsce wyznaczone do dołączenia części oferty stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa.
5. Wykonawca, za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/) może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę. Sposób dokonywania zmiany lub wycofania oferty zamieszczono w instrukcji zamieszczonej na stronie internetowej pod adresem:

<https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>.

1. Oferta oraz pozostałe oświadczenia i dokumenty, dla których Zamawiający określił wzory w formie formularzy zamieszczonych w załącznikach do SWZ, powinny być sporządzone zgodnie z tymi wzorami, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy.

**XII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM.**

Wadium nie jest wymagane.

**XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.**

* + - 1. Wykonawca jest związany złożoną ofertą od dnia upływu terminu składania ofert **do dnia 05.12.2024 r.**
      2. W przypadku, gdy wybór najkorzystniejszej oferty nie nastąpi przed upływem terminu związania ofertą określonego w SWZ, Zamawiający przed upływem terminu związania ofertą zwraca się jednokrotnie do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o wskazywany przez niego okres, nie dłuższy niż 30 dni.
      3. Przedłużenie terminu związania ofertą, o którym mowa w ust. 2, wymaga złożenia przez Wykonawcę pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przedłużenie terminu związania ofertą.
      4. W przypadku, gdy Zamawiający zażąda wniesienia wadium przedłużenie terminu związania ofertą, o którym mowa w ust. 2 następuje wraz z przedłużeniem okresu ważności wadium albo jeżeli nie jest to możliwe z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą.

**XIV. MIEJSCE, TERMIN ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA i OTWARCIA OFERT**

1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy przekazać za pośrednictwem <https://platformazakupowa.pl/kwp_bialystok> na stronie internetowej prowadzonego postępowania do dnia **06.11.2024 r. do godziny 09.30.**
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **06.11.2024 r. o godz. 10.00** za pośrednictwem platformy zakupowej.
3. W przypadku awarii platformy zakupowej, która spowoduje brak możliwości otwarcia ofert   
   w powyższym terminie, otwarcie nastąpi niezwłocznie po usunięciu awarii.
4. Do oferty należy dołączyć wszystkie wymagane w SWZ dokumenty.
5. Po wypełnieniu Formularza składania oferty lub wniosku i dołączenia wszystkich wymaganych załączników należy kliknąć przycisk „Przejdź do podsumowania”.
6. Oferta lub wniosek składana elektronicznie musi zostać podpisana elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. W procesie składania oferty za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl), Wykonawca powinien złożyć podpis bezpośrednio na dokumentach przesłanych za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl). Zalecamy stosowanie podpisu na każdym załączonym pliku osobno, w szczególności wskazanych w art. 63 ust 1 oraz ust.2 Pzp, gdzie zaznaczono, iż oferty oraz oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust.1 sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci lub formie elektronicznej i opatruje się odpowiednio w odniesieniu do wartości postępowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
7. Za datę złożenia oferty przyjmuje się datę jej przekazania w systemie (platformie) w drugim kroku składania oferty poprzez kliknięcie przycisku “Złóż ofertę” i wyświetlenie się komunikatu, że oferta została zaszyfrowana i złożona.
8. Szczegółowa instrukcja dla Wykonawców dotycząca złożenia, zmiany i wycofania oferty znajduje się na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>.
9. Wykonawca po upływie terminu do składania ofert Wykonawca nie może zmienić ani wycofać złożonej oferty.
10. Ofertę złożoną po terminie składania ofert odrzuca się na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 1 Pzp.
11. Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieści na stronie internetowej prowadzonego postępowania informację z otwarcia ofert, zawierającą dane określone w art. 222 ust. 5 Pzp.

**XV. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY**

* 1. Wykonawca określa cenę realizacji zamówienia poprzez wskazanie w Formularzu ofertowym sporządzonym wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1.1 – 1.15 SWZ** łącznej ceny ofertowej brutto za realizację przedmiotu zamówienia.
  2. Łączna cena ofertowa brutto musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy określonym w niniejszej SWZ.
  3. Cena musi być: wyliczona i podana w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku (zasada zaokrąglenia: poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić   
     w górę).
  4. Cena oferty powinna być wyrażona w złotych polskich (PLN).
  5. Jeżeli w postępowaniu złożona będzie oferta, której wybór prowadziłby do powstania   
     u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów   
     i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.   
     **W takim przypadku Wykonawca, składając ofertę, jest zobligowany poinformować Zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku i stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie.**
  6. Wzór formularz ofertowego został opracowany przy założeniu, że wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie podatku VAT. W przypadku, gdy Wykonawca zobowiązany jest złożyć oświadczenie o powstaniu   
     u Zamawiającego obowiązku podatkowego, powinien odpowiednio zmodyfikować treść formularza ofertowego.

**XVI. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**

* 1. Oferty spełniające wymagania formalne, określone w SWZ, złożone przez Wykonawców będą oceniane według poniższych kryteriów:

**1.1 ZADANIE NR 1 i 15:** KWP/OPP/SPKP/KMP Białystok i BSWP, CBŚP, CBZC - miejsce pełnienia służby/pracy Białystok

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Ilość lekarzy profilaktyków | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: ilość lekarzy profilaktyków**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. **40 pkt.**

Wykonawca musi zapewnić codzienną (od poniedziałku do piątku) dostępność min. 1 lekarza profilaktyka. Za zaoferowanie dostępności więcej niż jednego lekarza profilaktyka Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

- za **dostępność 1 lekarza profilaktyka przyjmującego 5 dni w tygodniu** Wykonawca otrzyma **0 pkt**

- za **dostępność 2 lekarzy profilaktyków przyjmujących 5 dni w tygodniu** Wykonawca otrzyma **20 pkt**

- za **dostępność 3 lub więcej lekarzy profilaktyków przyjmujących 5 dni w tygodniu** Wykonawca otrzyma **40 pkt**

**ŁĄCZNA PUNKTACJA BĘDZIE PRZELICZANA WG PONIŻSZEGO WZORU:**

**LP = C + L**

gdzie:

**LP** – ilość uzyskanych punktów ogółem

**C** – liczba uzyskanych punktów w kryterium nr 1 „cena oferty”

**L** – liczba uzyskanych punktów w kryterium nr 2 „ilość lekarzy profilaktyków”

**1.2 ZADANIE NR 2:** KMP Łomża

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

- za świadczenie usług na terenie miasta Łomża – 40 pkt,

- za świadczenie usług na terenie miasta Kolno – 20 pkt,

- za świadczenie usług na terenie miasta Zambrów – 20 pkt,

- za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.3 ZADANIE NR 3:** KMP Suwałki, CBŚP w Suwałkach

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Suwałki – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Augustów – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Grajewo – 10 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.4 ZADANIE NR 4**: KPP Augustów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Augustów – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Suwałki – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Grajewo – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.5 ZADANIE NR 5**: KPP Bielsk Podlaski

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Bielsk Podlaski – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Siemiatycze – 20 pkt;
* za świadczenie usług na terenie miasta Hajnówka – 20 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.6 ZADANIE NR 6**: KPP Grajewo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Grajewo – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Łomża – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 10 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Augustów – 20 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.7 ZADANIE NR 7**: KPP Hajnówka / W. Konwojowy KWP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Hajnówka – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 10 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Bielsk Podlaski – 20 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.8 ZADANIE NR 8**: KPP Kolno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Kolno – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Łomża – 20 pkt**,**
* za świadczenie usług na terenie miasta Grajewo – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.9 ZADANIE NR 9**: KPP Mońki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Mońki – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Grajewo – 20 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.10 ZADANIE NR 10**: KPP Sejny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Sejny – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Augustów – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Suwałki – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.11 ZADANIE NR 11:** KPP Siemiatycze

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Siemiatycze – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Bielsk Podlaski – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Hajnówka – 10 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.12 ZADANIE NR 12**: KPP Sokółka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Sokółka – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.13 ZADANIE NR 13**: KPP Wysokie Mazowieckie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Wysokie Mazowieckie – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Łomża – 20 pkt,

* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 20 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**1.14 ZADANIE NR 14**: KPP Zambrów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryterium oceny oferty** | **Znaczenie w %** | **Sposób oceny** |
| 1. | Cena oferty  (wartość całkowita brutto) | 60 % | według wzoru podanego poniżej |
| 2. | Miejsce świadczenia usługi | 40% | według punktacji podanej poniżej |

**1) Kryterium pierwsze: cena oferty**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 60 pkt.

1% odpowiada w punktacji końcowej 1 pkt.

W kryterium: „cena oferty” Zamawiający dokona oceny złożonych ofert według następującego wzoru:

**Co = (Cmin/Cbad) x 60 pkt**

gdzie:

**Cmin** – najniższa cena oferty spośród złożonych, niepodlegających odrzuceniu ofert

**Cbad** – cena oferty ocenianej

1. **Kryterium drugie: miejsce świadczenia usługi.**

W tym kryterium Wykonawca może uzyskać max. 40 pkt.

Za świadczenie usługi w jednej z w następujących miejscowościach Wykonawca otrzyma następującą liczbę punktów:

* za świadczenie usług na terenie miasta Zambrów – 40 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Wysokie Mazowieckie – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Łomża – 20 pkt,
* za świadczenie usług na terenie miasta Białystok – 0 pkt.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym wymaganych informacji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

**Dla zadań częściowych nr 2-14:**

**ŁĄCZNA PUNKTACJA BĘDZIE PRZELICZANA WG PONIŻSZEGO WZORU:**

**LP = C + Mś**

gdzie:

**LP** – ilość uzyskanych punktów ogółem

**C** – liczba uzyskanych punktów w kryterium nr 1 „cena oferty”

**Mś** – liczba uzyskanych punktów w kryterium nr 2 „miejsce świadczenia usługi”

* 1. Punktacja przyznawana ofertom będzie liczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Najwyższa liczba punktów wyznaczy najkorzystniejszą ofertę.
  2. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiadać będzie wszystkim wymaganiom przedstawionym w ustawie Pzp, oraz w SWZ i zostanie oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane kryteria wyboru.
  3. Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i pozostałych kryteriów oceny ofert, Zamawiający spośród tych ofert dokona wyboru oferty, która otrzymała najwyższą ocenę   
     w kryterium o najwyższej wadze.
  4. Jeżeli oferty otrzymają taką samą ocenę w kryterium o najwyższej wadze, Zamawiający wybierze ofertę z najniższą ceną.
  5. Jeżeli Zamawiający nie będzie mógł dokonać wyboru oferty w sposób, o którym mowa   
     w ust. 5, wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych zawierających nową cenę.

**XVII. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

1. Z wybranym w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Wykonawcą, który złoży ofertę najkorzystniejszą, zostanie zawarta umowa  zgodnie z postanowieniami Pzp,z wymogami Kodeksu cywilnego oraz warunkami niniejszej SWZ.
2. Projekt umowy, jaka zostanie zawarta z Wykonawcą, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, stanowi **załącznik nr 3 SWZ**.
3. Zamawiający dopuszcza możliwość zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy.
4. Zmiana postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty możliwa jest w przypadkach i na zasadach określonych w projekcie umowy.
5. Wykonawca zostanie poinformowany o miejscu i terminie zawarcia umowy.
6. W przypadku wyboru oferty złożonej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się   
   o udzielenie zamówienia Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy przedstawienia umowy regulującej współpracę tych Wykonawców, jeżeli nie była dołączona do oferty. Umowa taka powinna określać strony umowy, cel działania, sposób współdziałania, zakres prac przewidzianych do wykonania każdemu z nich, solidarną odpowiedzialność za wykonanie zamówienia, oznaczenie czasu trwania konsorcjum (obejmującego okres realizacji przedmiotu zamówienia, gwarancji / rękojmi), wykluczenie możliwości wypowiedzenia umowy konsorcjum przez któregokolwiek z jego członków do czasu wykonania zamówienia.

**XVIII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**XIX. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ**

Środki ochrony prawnej przysługują wykonawcy, oraz innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy Pzp – zgodnie z zasadami określonymi w Dziale IX ustawy Pzp.

1. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia oraz dokumentów zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 469 pkt 15 Pzp oraz Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców.
2. Odwołanie przysługuje na:
   * 1. niezgodną z przepisami ustawy czynność Zamawiającego, podjętą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o zawarcie umowy ramowej, dynamicznym systemie zakupów, systemie kwalifikowania wykonawcy lub konkursie, w tym na projektowane postanowienie umowy;
     2. zaniechanie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o zawarcie umowy ramowej, dynamicznym systemie zakupów, systemie kwalifikowania wykonawcy lub konkursie, do której Zamawiający był obowiązany na podstawie ustawy;
     3. zaniechanie przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia lub zorganizowania konkursu na podstawie ustawy, mimo że zamawiający był do tego obowiązany.
3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby. Odwołujący przekazuje odwołanie wniesione w formie elektronicznej albo postaci elektronicznej albo kopię tego odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.
4. Odwołanie wnosi się w terminie:
5. 5 dni od dnia przekazania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
6. 10 dni od dnia przekazania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana w sposób inny niż określony   
   w pkt 1).
7. 5 dni od dnia zamieszczenia ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych lub zamieszczenia dokumentów zamówienia na stronie internetowej wobec treści ogłoszenia o zamówieniu lub wobec treści dokumentów zamówienia;
8. odwołanie w przypadkach innych niż określone w pkt. 1) i 3) wnosi się w terminie 5 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.
9. Jeżeli Zamawiający nie przesłał Wykonawcy zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty odwołanie wnosi się nie później niż w terminie:

a) 15 dni od dnia zamieszczenia w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenia o wyniku postępowania;

b) 1 miesiąca od dnia zawarcia umowy, jeżeli Zamawiający nie zamieścił w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenia o wyniku postępowania.

1. Na orzeczenie Izby oraz postanowienie Prezesa Izby, o którym mowa w art. 519 ust. 1 ustawy PZP, stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
2. W postępowaniu toczącym się wskutek wniesienia skargi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego o apelacji, jeżeli przepisy Pzp nie stanowią inaczej.
3. Skargę wnosi się do Sądu Okręgowego w Warszawie - sądu zamówień publicznych, zwanego dalej "sądem zamówień publicznych".
4. Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Izby, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby lub postanowienia Prezesa Izby, o którym mowa w art. 519 ust. 1 ustawy PZP, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe jest równoznaczne z jej wniesieniem.
5. Prezes Izby przekazuje skargę wraz z aktami postępowania odwoławczego do sądu zamówień publicznych w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.
6. Szczegółowe informacje dotyczące środków ochrony prawnej określone są w Dziale IX „Środki ochrony prawnej” ustawy Pzp.

**XX. REGULACJE RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Komendant Wojewódzki Policji w Białymstoku, ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok;
* inspektor ochrony danych osobowych w Komendzie Wojewódzkiej Policji w Białymstoku – dane zostały zamieszczone na stronie BIP KWP w Białymstoku, adres e-mail inspektora danych osobowych: [iod.kwp@bk.policja.gov.pl](mailto:iod.kwp@bk.policja.gov.pl);
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, b, f RODO w celu związanym **z prowadzeniem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,** w celu prowadzenia analiz związanych z prowadzonym postępowaniem, w celu realizacji zawartej w wyniku postępowania umowy, w celu archiwizacji;
* Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych stanowi:

1) ustawa Prawo zamówień publicznych, wydane na jej podstawie akty wykonawcze, ustawa o rachunkowości, ustawa o finansach publicznych oraz ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (art. 6 ust. 1 lit c oraz e RODO1),

2) zamiar zawarcia i realizacji umowy z Wykonawcą będącym osobą fizyczną (art. 6 ust. 1 lit b RODO),

3) prawnie uzasadniony interes administratora polegający na prowadzeniu analiz związanych z realizowanymi zamówieniami publicznymi oraz innych analiz na potrzeby wewnętrzne; współpracy z innymi instytucjami lub rozpatrywaniu wniosków osób lub instytucji, oraz na realizacji i rozliczaniu zawartych umów z Wykonawcami (art. 6 ust. 1 lit f RODO).

* Zamawiający przetwarza następujące rodzaje danych osobowych:

1) dane osobowe wykonawcy (będącego osobą fizyczną), którego oferta nie została wybrana - dane podane przez wykonawcę w ofercie, załącznikach do oferty oraz innych dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia,

2) dane osobowe wykonawcy (będącego osobą fizyczną), którego oferta została wybrana i z którym zawarto umowę – dane podane przez wykonawcę w ofercie i załącznikach do oferty oraz dane podane przy zawieraniu i w trakcie realizacji umowy,

3) dane osobowe pracowników wykonawców, których oferta nie została wybrana oraz podwykonawców lub podmiotów udostępniających zasoby i ich pracowników– dane podane w ofercie i innych dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia,

4) dane osobowe pracowników wykonawcy, którego oferta została wybrana oraz podwykonawców lub podmiotów udostępniających zasoby i ich pracowników - dane podane w ofercie i innych dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia, dane podane przy zawieraniu umowy i w trakcie jej realizacji, w szczególności imiona i nazwiska pracowników, ich adresy e-mail i telefony służbowe oraz informacje wymagane do weryfikacji spełnienia warunków dotyczących zatrudnienia.

* Zamawiający przetwarza dane osobowe:

1) podane przez wykonawców w ofertach i załącznikach do oferty oraz innych dokumentach składanych w trakcie postępowania –przez okres 5 albo 15 lat (w przypadku zamówień współfinansowanych ze środków UE), począwszy od 1 stycznia roku kalendarzowego następującego po zakończeniu okresu obowiązywania umowy;

2) obejmujące nazwy albo imiona i nazwiska oraz siedziby lub miejsca prowadzonej działalności gospodarczej albo miejsca zamieszkania wykonawców, których oferty zostały otwarte oraz cenach lub kosztach zawartych w ofertach - na ogólnodostępnej stronie internetowej zamawiającego przez okres 15 lat od dnia zawarcia umowy, nie dłużej jednak niż przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji;

3) podane przy zawieraniu i w trakcie realizacji umów – przez okres realizacji umowy, a następnie przez okres wskazany w przepisach o rachunkowości, o archiwizacji oraz przepisach dotyczących projektów współfinansowanych ze środków UE;

4) dane osobowe wskazane powyżej wykorzystywane do potrzeb analiz związanych z realizowanymi zamówieniami publicznymi przetwarzane są w wewnętrznych zasobach zamawiającego przez okres 15 lat, a następnie podlegają przeglądowi w celu ustalenia, czy nie są już potrzebne do realizacji ww. celu.

* Dane osobowe zawarte w ofertach i załącznikach do ofert będą ujawniane wykonawcom oraz wszystkim zainteresowanym z uwzględnieniem przepisów dotyczących zamówień publicznych oraz dostępu do informacji publicznej.

Wszystkie dane osobowe opisane powyżej będę udostępnianie podmiotom przetwarzającym, które świadczą na rzecz administratora usługi z zakresu IT.

* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących. W przypadku, gdy wykonanie obowiązków, o których mowa w art. 15 ust. 1-3 RODO wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku, Zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą, wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\* Wystąpienie z żądaniem, o którym mowa w art. 18 ust. 1 RODO nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych – Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 ze zm.);
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
* Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie może uniemożliwić Zamawiającemu dokonanie oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz zdolności wykonawcy do należytego wykonania zamówienia, co skutkować może wykluczeniem wykonawcy z postępowania lub odrzuceniem jego oferty.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\* Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania  
o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp.*

***\*\* Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

**ZATWIERDZAM:**

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań (szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 472 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 431 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 81 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| ortopeda |  |
| stomatolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| retikulocyty |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 35 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 5 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 78 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 6 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 190 |  |
| 7 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 70 |  |
| 8 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 353 |  |
| 9 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 80 |  |
| 10 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 343 |  |
| 11 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 140 |  |
| 12 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 282 |  |
| 13 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 10 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 270 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 130 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 70 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 40 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 40 |  |
| 19 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 40 |  |
| 20 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 250 |  |
| 21 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 210 |  |
| 22 | Poziom glukozy | | |  |  | 210 |  |
| 23 | Bilirubina | | |  |  | 40 |  |
| 24 | Kreatynina | | |  |  | 40 |  |
| 25 | ALAT | | |  |  | 40 |  |
| 26 | ASPAT | | |  |  | 40 |  |
| 27 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 20 |  |
| 28 | HCV | | |  |  | 40 |  |
| 29 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 80 |  |
| 30 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 80 |  |
| 31 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 80 |  |
| 32 | Spirometria | | |  |  | 60 |  |
| 33 | Audiogram | | |  |  | 110 |  |
| 34 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 200 |  |
| 35 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 24 |  |
| 36 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 16 |  |
| 37 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 42 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 18 |  |
| 39 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 40 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Jednocześnie oferuję:

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

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

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

**\* - zaznaczyć właściwe**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**Załącznik nr 1.2 SWZ**

**Zadanie nr 2 –** KMP Łomża

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań (szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 80 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 106 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 4 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 6 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 38 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 41 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 4 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 37 |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 4 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 38 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 30 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 30 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 20 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 38 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 38 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 38 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 38 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 38 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 38 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 38 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 38 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 38 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 4 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 4 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 39 | Badanie stażysty | | |  |  | 4 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Łomża

Kolno

Zambrów

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**Załącznik nr 1.3 SWZ**

**Zadanie nr 3 –** KMP Suwałki, CBŚP w Suwałkach

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań (szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 71 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 100 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 4 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 10 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 10 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 72 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 40 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 5 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 27 |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 4 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 55 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 45 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 45 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 15 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 45 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 45 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 45 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 7 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 6 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 39 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
|  | **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Suwałki,

Augustów

Grajewo

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 50 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 53 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 8 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 15 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 30 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 10 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 36 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 27 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 10 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 10 |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 6 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 20 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 20 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 20 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 20 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 20 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 4 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 4 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 4 |  |
| 39 | Badanie stażysty | | |  |  | 6 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Augustów

Suwałki,

Grajewo

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 46 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 41 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 16 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 2 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 26 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 53 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 10 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 6 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 22 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 16 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 14 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 16 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 16 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 14 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 10 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 10 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 10 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 10 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Bielsk Podlaski

Siemiatycze

Hajnówka

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 47 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 31 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 8 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 30 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 4 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 22 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 8 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 33 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 7 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 5 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 24 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 16 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 20 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 20 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 20 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 6 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Grajewo

Łomża

Białystok

Augustów

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**Załącznik nr 1.7 SWZ**

**Zadanie nr 7 –** KPP Hajnówka/ W. Konw. 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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 37 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 27 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 6 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 10 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 10 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 2 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 35 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 10 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 34 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 21 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 10 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 30 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 24 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 20 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 20 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 14 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 14 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Hajnówka

Bielsk Podlaski

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 34 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 43 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 2 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 28 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 24 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 7 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 4 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 16 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 20 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 20 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 16 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 16 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 6 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Kolno

Łomża

Grajewo

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 34 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 24 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 4 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 2 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 14 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 10 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 34 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 2 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 8 |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 4 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 20 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 16 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 10 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 10 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 4 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 4 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 4 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 4 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 4 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 4 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 10 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 10 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 10 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 10 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 10 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 10 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 39 | Badanie stażysty | | |  |  | 6 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Mońki

Grajewo

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 36 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 29 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 6 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 7 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 4 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 24 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 10 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 14 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 10 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 10 |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 2 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 16 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 14 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 20 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 20 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 20 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 5 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 7 |  |
| 39 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Sejny

Augustów

Suwałki

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 32 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 34 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 16 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 4 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 19 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 26 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 10 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 5 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 20 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 16 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 16 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 16 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 10 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 10 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 10 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 10 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 10 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 14 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Siemiatycze

Bielsk Podlaski

Hajnówka

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 55 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 35 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 4 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 54 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 10 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 4 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 16 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 16 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 16 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 16 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 16 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 10 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 16 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 16 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 16 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 16 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 16 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 16 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 12 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Sokółka

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 41 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 37 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 2 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 22 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 50 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 8 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 6 |  |
| 12 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 20 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 20 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 16 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 10 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 10 |  |
| 18 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 20 |  |
| 19 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 20 |  |
| 20 | Poziom glukozy | | |  |  | 20 |  |
| 21 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 10 |  |
| 26 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 28 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Spirometria | | |  |  | 10 |  |
| 31 | Audiogram | | |  |  | 10 |  |
| 32 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 34 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 35 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 36 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Wysokie Mazowieckie

Łomża

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań***  ***(szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 57 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 46 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 4 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 16 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 5 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 6 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 2 |  |
| 7 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 30 |  |
| 8 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 16 |  |
| 9 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 23 |  |
| 10 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 29 |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 14 |  |
| 12 | Badania osób kierujących statkami żeglugi śródlądowej tzw. stermotorzystów z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 2 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 22 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 18 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 18 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 16 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 16 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 16 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 22 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 22 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 22 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 10 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 10 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 10 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 10 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 10 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 10 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 20 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 20 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 20 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 20 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 20 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 20 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 39 | Badanie stażysty | | |  |  | 2 |  |
| **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |  |

Oświadczam, że usługa będzie świadczona na terenie miasta:

Zambrów

Wysokie Mazowieckie

Łomża

Białystok

**UWAGA! Usługa może być świadczona jedynie na terenie jednego miasta.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**Załącznik nr 1.15 SWZ**

**Zadanie nr 15 –** BSWP, CBŚP KGP, CBZC 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)*: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO (postępowanie nr 57/BHP/24)**

oferuję realizację zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w SWZ, tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | | | ***Cena jednostko-wa (zł)*** | ***Cena łączna za badanie (zł)*** | ***Przewidy-wana ilość badań (szt.)*** | ***Razem***  ***(kol. 4 x***  ***kol. 5)*** |
| ***1*** | ***2*** | | | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| 1 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 30 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 2 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 1/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 82 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| kardiolog |  |
| ortopeda |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 3 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 30 |  |
| okulista |  |
| laryngolog |  |
| neurolog |  |
| ortopeda |  |
| stomatolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| retikulocyty |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| ALAT |  |
| ASPAT |  |
| przeciwciała HIV |  |
| HCV |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| audiogram |  |
| 4 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/1 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| 5 | Badania okresowe policjanta wg. zał. 3/2 | lekarskie | badanie lekarza medycyny pracy |  |  | 2 |  |
| okulista |  |
| neurolog |  |
| laboratoryjne | morfologia z rozmazem |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Poziom glukozy |  |
| bilirubina |  |
| kreatynina |  |
| diagnostyczne | rtg klatki piersiowej |  |
| ekg spoczynkowe |  |
| spirometria |  |
| 6 | Badania kontrolne policjanta  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 20 |  |
| 7 | Badania wstępne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 4 |  |
| 8 | Badania okresowe pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 12 |  |
| 9 | Badania kontrolne pracownika  z wydaniem orzeczenia | | |  |  | 14 |  |
| 10 | Badania kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane z wydaniem orzeczenia obejmujące wszystkie niezbędne badania | | |  |  | 28 |  |
| 11 | Badanie kierowców i osób prowadzących pojazdy uprzywilejowane wykonywane łącznie  z badaniami okresowymi  (łączna cena za dwa badania pomniejszona o powtarzające się badania lekarskie, diagnostyczne i laboratoryjne) | | |  |  | 12 |  |
| 12 | Badanie psychotechniczne kierowcy | | |  |  | 12 |  |
| 13 | Konsultacja lekarza okulisty | | |  |  | 10 |  |
| 14 | Konsultacja lekarza laryngologa | | |  |  | 10 |  |
| 15 | Konsultacja lekarza neurologa | | |  |  | 10 |  |
| 16 | Konsultacja lekarza kardiologa | | |  |  | 4 |  |
| 17 | Konsultacja lekarza psychiatry | | |  |  | 4 |  |
| 18 | Konsultacja lekarza psychologa | | |  |  | 4 |  |
| 19 | Morfologia z rozmazem | | |  |  | 10 |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu | | |  |  | 10 |  |
| 21 | Poziom glukozy | | |  |  | 10 |  |
| 22 | Bilirubina | | |  |  | 4 |  |
| 23 | Kreatynina | | |  |  | 4 |  |
| 24 | ALAT | | |  |  | 4 |  |
| 25 | ASPAT | | |  |  | 4 |  |
| 26 | Przeciwciała HIV | | |  |  | 4 |  |
| 27 | HCV | | |  |  | 4 |  |
| 28 | Cholesterol całkowity | | |  |  | 10 |  |
| 29 | Rtg klatki piersiowej | | |  |  | 10 |  |
| 30 | Ekg spoczynkowe | | |  |  | 10 |  |
| 31 | Spirometria | | |  |  | 10 |  |
| 32 | Audiogram | | |  |  | 10 |  |
| 33 | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwości na olśnienie | | |  |  | 10 |  |
| 34 | Wydanie opinii dot. stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy | | |  |  | 2 |  |
| 35 | Udział lekarza w pracach komisji związanych  z bezpieczeństwem i higieną pracy z dojazdem | | |  |  | 8 |  |
| 36 | Szczepienie p/KZM  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 37 | Szczepienia ochronne p/tężcowi  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
| 38 | Szczepienia ochronne p/WZW B  (w tym: cena szczepionki, kwalifikacyjne badanie lekarskie, iniekcja, wydanie książeczki szczepień) | | |  |  | 2 |  |
|  | **Razem (łączna cena ofertowa brutto):** | | | | | | |

Jednocześnie oferuję:

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

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

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

**\* - zaznaczyć właściwe**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **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. **Oświadczam, że wobec mnie nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania   
   o udzielenie zamówienia określone w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ) \*\*\*\***
9. 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)

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

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

………………………\*

\* Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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).

\*\*\*\* W przypadku, gdy Wykonawca podlega wykluczeniu należy przekreślić oświadczenie.

**Załącznik nr 2 SWZ**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

przystępując do postępowania na:

**ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCYNY PRACY POLICJANTOM I PRACOWNIKOM POLICJI WOJ. PODLASKIEGO**

**(postępowanie nr 57/BHP/24)**

|  |
| --- |
| składam następujące oświadczenie/a: |

|  |
| --- |
|  |
| * 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1 - 6.   2. Oświadczam, że **zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia** z postępowania na podstawie art. ……..…….. ustawy Pzp *(jeżeli dotyczy: podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z wystąpieniem okoliczności wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 lub 5, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze (wymienić jeżeli dotyczy): ……………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………...   ………………………………………………………………………………………………………... |

Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania 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.

###### Załącznik nr 3 SWZ

***UMOWA nr …………..(projekt)***

Niniejsza umowa została zawarta w wyniku postępowania w trybie podstawowym bez negocjacji. Postępowanie przeprowadzone zostało na podstawie art. 275 pkt 1 w związku z art. 359 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r. (t. j. Dz.U. z 2024, poz. 1320).

Dnia ………………. w Białymstoku pomiędzy:

**Skarbem Państwa – Komendantem Wojewódzkim Policji w Białymstoku**

z siedzibą w Białymstoku: ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok, NIP: 542-020-78-68

reprezentowanym przez:

Zastępcę Komendanta Wojewódzkiego Policji w Białymstoku – Sławomira Wilczewskiego,

zwanym dalej **„Zamawiającym”**,

a ……………………………………………………………………..……………………………….

z siedzibą …………………………………………………………………………………………….

reprezentowanym przez: ………………………………………………………………………..…..

wpisaną w dniu ……………… r. do rejestru ……………… prowadzonego przez: Sąd Rejonowy w ……………………….. Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: …………..… / Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,   
NIP: ………….., REGON: …………….,

zwanym dalej **„Wykonawcą”**

Pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą została zawarta umowa następującej treści:

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest udzielanie odpłatnego świadczenia usług z zakresu medycyny pracy policjantom i pracownikom Policji ............................................, polegających między innymi na wykonywaniu niżej wymienionych badań oraz czynności:

* wykonywanie badań okresowych i kontrolnych policjantów, na zasadach określonych   
  w r*ozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku   
  w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (t.j. Dz. U. z 2023 poz.2107),*
* wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników Policji na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r*.   
  *w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 607),*
* dodatkowe badania lekarskie w przypadkach określonych w *ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 1465)* przeprowadzane po zgłoszeniu przez pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy, w tym badania lekarskie stwierdzające przeciwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią, o których mowa w art. 179 Kodeksu pracy, zgodnie   
  z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2006 r. w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią (Dz. U. z 2006 nr 42, poz. 292),*
* wykonywanie badań kierowców lub osoby kierującej pojazdem służbowym, uprzywilejowanym na zasadach określonych w *ustawie z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1210)*  przepisach wykonawczych do ustawy[[3]](#footnote-3),[[4]](#footnote-4) oraz *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2023   
  poz. 607), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowiskach kierowcy (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 165),*
* badania osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej na zasadach określonych  
  w *ustawie z dnia 21.12.2000 r. o żegludze śródlądowej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 395, 731),*
* wykonywanie szczepień ochronnych zgodnie z art. 20 *ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.*   
  *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* *(Dz.U. 2024 poz. 924)* oraz *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. z 2012 poz. 40),*
* wydawanie opinii dotyczącej stanu zdrowia osób zakwalifikowanych na turnus antystresowy, zgodnie z *wytycznymi Nr 2 Komendanta Głównego Policji z dnia 29 marca 2002 r. w sprawie zasad nabywania i gospodarowania miejscami na turnusach profilaktyczno-rehabilitacyjnych i turnusach antystresowych w jednostkach organizacyjnych Policji (Dz. Urz. KGP poz. 28 z późn. zm.),*
* udział lekarza w pracach komisji związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy na podst. art. 237¹² § 1 *ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 1465 z późn. zm.),*
* udział lekarza w pracach komisji związanej z przyznaniem urlopu dodatkowego za pracę   
  w warunkach szkodliwych na podstawie *rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 19 września 2014 r. w sprawie urlopów policjantów* *(Dz. U. 2023 poz. 2213),*
* monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka,   
  a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych, wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą na podstawie *ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r.   
  o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. 2022 poz. 437)*;
* prowadzenia analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy na podstawie *ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. 2022 poz. 437),*
* wykonywanie badań wstępnych osoby bezrobotnej przyjętej na staż na postawie *rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. 2009 nr 142 poz. 1160).*

**§ 2**

Zamawiający wyraża zgodę na powierzenie wykonania części umowy podwykonawcy przy zachowaniu następujących warunków:

1. Wykonanie usług przez podwykonawcę nie zwalnia Wykonawcy od odpowiedzialności i zobowiązań wynikających z niniejszej umowy. Wykonawca jest odpowiedzialny za działania, uchybienia i zaniedbania podwykonawcy, w takim zakresie, jak gdyby były one działaniami, uchybieniami i zaniedbaniami samego Wykonawcy.
2. Wykonawca w pełni odpowiada za wykonanie całości zamówienia, za jakość i terminowość usług wykonywanych przez podwykonawców.
3. Wykonawca na 30 dni przed planowanym powierzeniem części umowy podwykonawcy jest zobowiązany pisemnie powiadomić Zamawiającego o powierzeniu wykonywania części umowy podwykonawcy, wskazując tego podwykonawcę – podając nazwę, dane kontaktowe i przedstawicieli oraz zakres powierzonych mu czynności. Powiadomienie to powinno nastąpić przed faktycznym przystąpieniem podwykonawcy do realizacji umowy. Wykonawca zawiadamia zamawiającego o wszelkich zmianach w odniesieniu do informacji, o których mowa w zdaniu pierwszym, w trakcie realizacji umowy, a także przekazuje wymagane informacje na temat nowego podwykonawcy, któremu w późniejszym okresie zamierza powierzyć realizację części umowy.
4. W sytuacjach nagłych dopuszcza się odstąpienie od terminu 30 dni wymienionego w pkt 1 zachowując formę pisemną oraz wymóg wyrażenia zgody przez Zamawiającego.

**§ 3**

1. Wykonawca w terminie do 30 dni od przejęcia dokumentacji medycznej funkcjonariuszy   
i pracowników Zamawiającego utworzy ewidencję zgłoszeń na badania zawierającą:

1) imię i nazwisko, PESEL funkcjonariusza/pracownika,

2) datę rejestracji (telefonicznie /osobiście),

3) datę przeprowadzenia badania funkcjonariusza/pracownika,

6) rodzaj zleconych badań,

7) datę wydania i ważności orzeczenia.

2. Wykonawcazobowiązany jest w okresie obowiązywania umowy, o którym mowa w § 12 do prowadzenia oraz aktualizacji ewidencji.

3. Wykonawcazobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji, o której mowa w ust. 1, chronienia jej   
i udostępniania zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia   
i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. z 2010 r. Nr 149, poz. 1002*   
*z późn. zm.).*

4. W przypadku rozwiązania umowy lub upływu terminu jej obowiązywania, Wykonawca w terminie do 14 dni licząc od daty przekazania przez Zamawiającego pisemnego wezwania, zobowiązany jest do protokolarnego przekazania jednostce służby medycyny pracy wskazanej przez Zamawiającego:

1) dokumentacji medycznej funkcjonariuszy i pracowników,

2) ewidencji zgłoszeń.

5. W sytuacjach przenoszenia się policjanta/pracownika Zamawiającego do innej jednostki Policji Wykonawca zobowiązany jest przekazać indywidualną dokumentację medyczną pacjenta do placówki wskazanej przez Zamawiającego.

**§ 4**

1. Realizacja świadczeń, o których mowa w § 1, będzie następować na podstawie aktualnych skierowań, wystawionych w imieniu Zamawiającego przez osoby upoważnione.

2. Skierowania, o których mowa w ust. 1, będą stanowiły podstawę do wystawienia faktury za miesiąc, w którym badania zostały wykonane. W przypadku ewentualnych wątpliwości, co do celu badania, wiążąca będzie treść zawarta w skierowaniu.

3. Skierowania na badania wstępne, okresowe, kontrolne wystawione będą w trzech egzemplarzach, z których jeden egzemplarz pozostaje w karcie badań, drugi egzemplarz po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy zostaje wraz z fakturą przekazany na adres Zamawiającego, trzeci egzemplarz jest przeznaczony dla osoby kierowanej na badanie.

4. Skierowanie na badanie i szczepienia, o których mowa w §1ust. 4, 5, 6, 7, 12 będzie wystawiane w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz pozostaje w karcie badań policjanta/pracownika, drugi egzemplarz po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy wraz z fakturą zostaje przekazany Zamawiającemu.

5. Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić badania, o których mowa w § 1 i wydać stosowne orzeczenie lekarskie w terminie do 3 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia się osoby na badanie,w przypadku badań kontrolnych w dniu stawienia się policjanta/pracownika.

6. Wykonawca zapewnia dostępność lekarza/lekarzy profilaktyka/profilaktyków 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku).

7. W wyjątkowych przypadkach (badania specjalistyczne) termin badania może zostać przedłużony maksymalnie do 5 dni roboczych, licząc od dnia rozpoczęcia badań przez policjanta/pracownika.

8. Wykonawca zobowiązany jest posiadać taką organizację pracy oraz dysponować odpowiednią ilością personelu medycznego, która zapewni sprawne i bieżące wykonywanie badań będących przedmiotem niniejszej umowy.

9. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić zastępstwo na czas nieobecności w pracy lekarza profilaktyka bądź lekarzy specjalistów.

10. Szczepienia odbywać się będą w dniu zgłoszenia się osoby do gabinetu zabiegowego, punktu szczepień.

11. Indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca realizacji niniejszej umowy, będzie zakładana przez lekarza profilaktyka podczas pierwszego zgłoszenia się funkcjonariusza lub pracownika.

12. Dokumentacja wymieniona w ust. 11 będzie przechowywana i udostępniana zgodnie   
z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

13. Częstotliwość i zakres lekarskiego badania okresowego policjanta, wzór skierowania na badanie okresowe/kontrolne policjantów oraz wzór orzeczenia lekarskiego określają załączniki do *rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku   
w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U. 2023 poz. 2107)*.

14. O częstotliwości okresowych badań lekarskich pracowników Policji decyduje lekarz medycyny pracy, zgodnie ze wskazówkami metodycznymi w sprawie przeprowadzenia badań profilaktycznych pracowników wskazanych w *rozporządzeniu* *Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych   
w Kodeksie pracy (t.j* *Dz.U. 2023 poz. 607.).*

**§ 5**

Zamawiającyuzna należyte wykonanie zleconych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1, pod warunkiem:

1) wydania pisemnego orzeczenia (w dwóch egzemplarzach: jeden egzemplarz Zamawiającemu, drugi egzemplarz pacjentowi) przez lekarza medycyny pracy, lekarza uprawnionego do badania kierowców (oddzielnie do każdego przeprowadzonego badania),

2) przygotowania i załączenia do faktury, o której mowa w § 10 ust. 1:

a) skierowań potwierdzonych poprzez wypełnienie odpowiednich rubryk (do faktury należy dołączyć oryginał skierowania),

b) wykazu imiennego osób (sporządzonego wg wzoru stanowiącego załącznik nr 7do niniejszej umowy) wraz z kosztami wykonanych badań lekarskich, z wyszczególnieniem rodzaju i ilości poszczególnych usług zrealizowanych dla każdego uprawnionego do świadczeń.

**§ 6**

1. Świadczenia zdrowotne określone w § 1 pkt. 1-7, 12 będą udzielane w obiekcie/obiektach na terenie miasta ............................................................................ spełniającym/spełniających wymagania stawiane zakładom opieki zdrowotnej.
2. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić:
3. gabinety w ilości odpowiedniej do liczby lekarzy wykonujących zadania wynikające   
   z umowy,
4. gabinet zabiegowy, w którym Wykonawca zapewni pobieranie materiału do badań laboratoryjnych co najmniej w godzinach od 8.00 do 12.00,
5. urządzenie EKG,
6. pracownię RTG.
7. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić pracę obiektu, o którym mowa w ust. 1 i wykonanie w nim usług w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach co najmniej od 8.00 do 15.00.
8. Wykonawca zobowiązany jest powiadomić każdorazowo (telefonicznie i pisemnie) o zmianie adresu placówki (na terenie tej samej miejscowości), w której wykonywane będą badania, w terminie do 14 dni przed każdą zmianą.

**§ 7**

Wykonawca zobowiązuje się wobec Zamawiającego do:

1. przekazywania Zamawiającemu orzeczeń lekarskich za pośrednictwem badanych osób,
2. wydania orzeczeń przez lekarza przeprowadzającego badanie okresowe policjantów/ pracowników, na podstawie orzeczenia wydanego przez okulistę o potrzebie stosowania szkieł korekcyjnych do obsługi monitora ekranowego (zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik   
   nr 6),
3. przestrzegania tajemnicy w zakresie dokumentacji medycznej i danych osobowych osób badanych,
4. poddania się kontroli, w szczególności dotyczącej zakresu i sposobu udzielania świadczeń,   
   o których mowa w § 1 oraz dotyczących rozliczeń za świadczone usługi, zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie,
5. monitorowania stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka,   
   a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych, wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych   
   z wykonywaną pracą na podstawie *ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. 2022 poz. 437)*.

**§ 8**

Zamawiający zobowiązuje się wobec Wykonawcy do:

1. niezwłocznego przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników, a także na każde uzasadnione żądanie lekarza profilaktyka,
2. zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy/służby w celu dokonania oceny warunków pracy/służby przez lekarzy medycyny pracy,
3. udostępnienia dokumentacji wyników wewnętrznych kontroli warunków pracy/służby, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia, przeprowadzanych przez służby bhp i organy sprawujące nadzór nad zagadnieniami bezpieczeństwa i higieny pracy.

**§ 9**

1. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia ewidencji wykonanych świadczeń zdrowotnych za każdy miesiąc, z uwzględnieniem rodzaju i ilości poszczególnych usług zrealizowanych dla każdego uprawnionego do świadczeń.
2. Wartość wynagrodzenia ogólnego za określony w § 1 przedmiot umowy wynosi ***………………….*** brutto, słownie: ***……………………………………*** zgodnie z poszczególnymi pozycjami   
   z formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 8 do umowy.
3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2 obejmuje wszelkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu umowy, w tym m.in.: koszt materiałów i odczynników użytych do realizacji usługi.
4. Wycena świadczeń, zrealizowanych zgodnie z ewidencją określoną w ust. 1, będzie prowadzona w oparciu o wykaz imienny osób (sporządzony wg wzoru stanowiącego załącznik nr 7do umowy) wraz z kosztami wykonanych badań lekarskich, a w przypadku konieczności przeprowadzenia badań dodatkowych – nieujętych w wykazie, według stawek obowiązujących w cenniku Wykonawcy.
5. Stawki podane w formularzu ofertowym są kwotami brutto i nie ulegają zmianie przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem § 14 niniejszej umowy.
6. Realizacja świadczeń dodatkowych zleconych przez lekarza medycyny pracy, nieujętych   
   w umowie cenniku Wykonawcy, wymaga pisemnego zlecenia lub telefonicznego uzgodnienia   
   z Zamawiającym, a koszt poniesiony przez Wykonawcę powinien być uwzględniony w fakturze wystawianej Zamawiającemu za dany miesiąc.
7. Wykonawca oświadcza, że w cenach usług podanych w załączniku uwzględnił koszt:
   * 1. wykonania usług, o których mowa w § 1,
     2. materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, o których mowa w § 1,
     3. dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy, o których mowa w § 1 pkt. 8 - 9.
8. W sytuacji niezrealizowania pełnego zakresu badań określonych w załącznikach r*ozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 roku w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (t.j. Dz. U. z 2023 poz.2107),* Wykonawca zobowiązuje się pomniejszyć cenę za niewykonane badania, którego wartość została określona w formularzu ofertowym.

**§ 10**

1. Wykonawca zobowiązuje się do wystawiania faktur po każdym miesiącu kalendarzowym udzielania świadczeń, w oparciu o ewidencję określoną w § 9 ust. 1 (z dołączoną informacją   
   o cenach wykonanych dodatkowo badań i konsultacji specjalistycznych)oraz skierowań,   
   o których mowa w § 4.
2. Wykonawca zobowiązany jest przekazać fakturę Zamawiającemu w terminie do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, którego faktura dotyczy.
3. Płatność nastąpi na rachunek bankowy Wykonawcy prowadzony w Banku   
   .................................................................. o numerze ………………………………………... Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany wyżej rachunek bankowy, o ile rachunek znajduje się w elektronicznym wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT, o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług  -  zwanym dalej „Wykazem podatników VAT”. W przypadku braku wskazanego wyżej rachunku bankowego   
   w Wykazie podatników VAT, Zamawiający uprawniony jest do dokonania zapłaty na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w Wykazie podatników VAT, a w razie braku rachunku Wykonawcy ujawnionego w Wykazie, do wstrzymania się z zapłatą do czasu wskazania przez Wykonawcę, dla potrzeb płatności, rachunku bankowego ujawnionego w Wykazie podatników VAT.
4. Płatnikiem będzie Zamawiający: Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku 15-003 Białystok, ul. Sienkiewicza 65, NIP 542-020-78-68.
5. Za termin zapłaty uznaje się datę obciążenia przez bank rachunku Zamawiającego.
6. O każdorazowej zmianie rachunku Wykonawca powiadomi Zamawiającego na piśmie podpisanym przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy.
7. Zmiana rachunku bankowego nie wymaga sporządzenia aneksu do umowy.

**§ 11**

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność w zakresie kar umownych. W razie nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną:
2. za zwłokę w przekazaniu dokumentacji w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 4 –   
   w wysokości 0,2 % wartości umownej, o której mowa w § 9 ust. 2, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w stosunku do terminu określonego w § 3 ust. 4,
3. w wysokości 10% wartości umownej, o której mowa w § 9 ust. 2, w przypadku gdy którakolwiek ze stron odstąpi od umowy z przyczyn zależnych od Wykonawcy,
4. w przypadku wykonania usługi z przekroczeniem terminów określonych w § 4 ust. 6 i 8 umowy – w wysokości 2 (dwu) krotności wartości brutto danej nienależycie wykonanej usługi,
5. za brak zapłaty lub nieterminową zapłatę wynagrodzenia należnego podwykonawcom,   
   w wysokości 2 (dwu) krotności wartości brutto każdej nieopłaconej lub nieterminowo opłaconej usługi wykonanej przez podwykonawcę.
6. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
7. Zamawiający może potrącić należności wynikające z kar umownych przy opłacaniu faktur za realizację przedmiotu umowy.
8. Maksymalna łączna wysokość kar umownych może wynieść 20 %wartości całkowitego wynagrodzenia umownego przysługującego Wykonawcy określonego w § 9 ust. 2.
9. Wykonawca oświadcza, iż wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego kwot naliczonych, w przypadku o którym mowa w ust. 1 z przysługującej mu od Zamawiającegowierzytelności. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.
10. Zamawiającyoświadcza, że wystawi Wykonawcynotę obciążeniową zawierającą szczegółowe naliczenie kwot w przypadku sytuacji, o której mowa w ust. 1.

**§ 12**

* 1. Umowa obowiązuje przez 24 miesiące licząc od 1 stycznia 2025 r. lub do wyczerpania kwoty,   
     o której mowa w § 9 ust. 2.
  2. Strony przewidują możliwość przedłużenia terminu realizacji umowy, nie dłużej jednak niż na okres 6 miesięcy bez zwiększenia jej wartości i zakresu przedmiotu zamówienia.
  3. Wykonawca zobowiązany jest wykonać usługę do dnia 31 stycznia 2027 r. osobie, której wystawiono skierowanie na badanie w grudniu 2026 r.

**§ 13**

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości   
   o zaistnieniu istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży   
   w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić podstawowemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu.
2. Zamawiający uprawiony jest do jednostronnego odstąpienia od umowy w całości lub w części ze skutkiem natychmiastowym w następujących przypadkach:
3. wejścia w życie nowych przepisów, przepisów uchylających lub zmieniających stan prawny   
    w zakresie badań okresowych i kontrolnych funkcjonariuszy Policji, wstępnych, okresowych   
   i kontrolnych badań pracowników, dotyczących w szczególności organizacji ich udzielania, zawierania umów albo zamówień.
4. wprowadzenia zmian w organizacji udzielania badań, o których mowa w pkt 1, zawierania umów albo udzielania zamówień na te badania, polegających w szczególności na powierzeniu ich realizacji utworzonym w tym celu służbom.
5. gdy suma kar umownych naliczonych Wykonawcy na podstawie umowy przekroczy 20% wartości wynagrodzenia brutto określonego w § 9 ust. 2 umowy.
6. gdy Wykonawca trzy krotnie lub więcej razy w czasie wykonywania umowy odmówi wykonania badań, czynności o których mowa w § 1 umowy lub wykona je nienależycie.
7. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności i powinno zawierać uzasadnienie. Prawo odstąpienia od umowy przysługuje Zamawiającemu do końca okresu jej realizacji. Odstąpienie od umowy może nastąpić w terminie 14 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach wymienionych w ust. 2.
8. W przypadku odstąpienia od umowy, Wykonawcy nie przysługują inne roszczenia do Zamawiającego, poza roszczeniem o wynagrodzenie należne mu z tytułu wykonania części umowy.
9. Odstąpienie od umowy nie powoduje wygaśnięcia roszczeń o zapłatę kar umownych powstałych w czasie obowiązywania umowy (w tym roszczenia o zapłatę kary umownej   
   z powodu odstąpienia od umowy).
10. Odstąpienie od umowy z powodów wskazanych w ust. 2 pkt 3 – 4 uznaje się za odstąpienie od umowy z winy leżącej po stronie Wykonawcy.

**§ 14**

1. Zamawiający dopuszcza zmiany umowy przewidziane w art. 455 ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz dopuszcza wprowadzanie do umowy zmian nieistotnych, to jest innych, niż zmiany zdefiniowane w art. 454 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
2. Dopuszcza się zmianę treści umowy w przypadku zmian w prawie dotyczących:
3. stawki podatku od towarów i usług – korekcie ulega wysokość podatku VAT, przy czym powyższa zmiana będzie miała zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do części wynagrodzenia objętego fakturami wystawionymi po dacie wejścia w życie zmiany przepisów prawa wprowadzających nowe stawki podatku od towarów i usług - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonywania zamówienia przez Wykonawcę. Wskazanie zmiany kosztów spoczywa na Wykonawcy i podlega akceptacji przez Zamawiającego,
4. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę lub wysokości minimalnej stawki godzinowej ustalonych na podstawie *ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (tj. Dz. U. z 2020 poz. 2207 z późn. zm.)* – jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonywania zamówienia przez Wykonawcę. Wskazanie zmiany kosztów spoczywa na Wykonawcy i podlega akceptacji przez Zamawiającego,
5. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonywania zamówienia przez Wykonawcę. Wskazanie zmiany kosztów spoczywa na Wykonawcy i podlega akceptacji przez Zamawiającego,
6. zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w *ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych* (*Dz. U. 2024 r. poz. 427*) - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania przez Wykonawcę zamówienia publicznego.
7. Zmiana Umowy może nastąpić z inicjatywy Zamawiającego albo Wykonawcy, pod warunkiem zaistnienia okoliczności wymienionych w niniejszym paragrafie, Wykonawca w tym celu winien przedstawić Zamawiającemu wniosek w formie pisemnej dotyczący zmiany Umowy wraz z opisem zdarzenia lub okoliczności stanowiących podstawę do żądania takiej zmiany, który powinny zawierać: opis zmiany, uzasadnienie zmiany, analizę kosztów zmiany oraz jego wpływu na wysokość wynagrodzenia, okres zmiany oraz wpływ zmiany na termin zakończenia Umowy.
8. Wniosek, o którym mowa w ust. 3 powinien zostać przekazany niezwłocznie, jednakże nie później niż w terminie 14 dni liczonych od dnia wejścia w życie tych zmian. Po upływie tego terminu Zamawiający nie jest zobowiązany do zmiany umowy.
9. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z wnioskiem, o którym mowa w ust. 3, wszelkich innych dokumentów wymaganych Umową, w tym propozycji rozliczenia i informacji uzasadniających żądanie zmiany Umowy, stosowanie do zdarzenia lub okoliczności stanowiących podstawę żądania zmiany.
10. Zamawiający powiadomi Wykonawcę o akceptacji żądania zmiany Umowy i terminie podpisania aneksu do Umowy lub odpowiednio o braku akceptacji.
11. Zmiana wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy może nastąpić także w przypadku zmiany wysokości ceny materiałów lub innych kosztów związanych z realizacją umowy. Każdej ze stron przysługuje prawo do złożenia wniosku o dokonanie zmian wysokości wynagrodzenia na zasadach określonych w niniejszym paragrafie.
12. Zamawiający dopuszcza możliwość wystąpienia przez Wykonawcę z wnioskiem, o którym mowa w ust. 7, nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.
13. Wniosek o dokonanie zmiany wysokości wynagrodzenia dotyczyć może jedynie wartości wynagrodzenia za usługi pozostałe do wykonania na przyszłość po dacie złożenia wniosku.
14. Zmiana wysokości wynagrodzenia zostanie dokonana w przypadku, gdy z kwartalnych komunikatów Prezesa GUS w sprawie zmian cen towarów i usług konsumpcyjnych wynikać będzie, że wzrost/obniżenie cen towarów i usług konsumpcyjnych wynikający z kolejnych kwartalnych komunikatów wyniesie łącznie co najmniej 10% (suma procentowych wskaźników zmiany cen wynikająca z kolejnych kwartalnych komunikatów).
15. Początkowym terminem ustalenia zmiany cen, o których mowa w ust. 10 jest:
16. w przypadku pierwszego wniosku o zmianę wysokości wynagrodzenia – komunikat Prezesa GUS za kwartał następny po kwartale, w którym Wykonawca złożył ofertę,
17. w przypadku drugiego i kolejnych wniosków – komunikat Prezesa GUS za kwartał,  
    w którym Wykonawca złożył ostatni wniosek o zmianę wysokości wynagrodzenia.
18. W oparciu o postanowienia ust. 10 ceny jednostkowe, o których mowa w formularzu ofertowym (załącznik nr 8) zostaną zwaloryzowane, na podstawie wniosku złożonego przez Stronę, w oparciu o wzór:

ZW = W± (W x G x 50% )

gdzie:

ZW – zwaloryzowana cena brutto usługi,

W – jednostkowa cena brutto usługi określona w postępowaniu przetargowym,

G –wysokość procentowa zmiany cen towarów i usług konsumpcyjnych, wynikająca z kwartalnych komunikatów Prezesa GUS, ustalona w oparciu o postanowienia ust 10 i 11.

1. Strona wnioskująca o zmianę wynagrodzenia dokona wyliczenia zmiany ceny.
2. Wartość zmiany wynagrodzenia obowiązywać będzie począwszy od dnia podpisania aneksu do umowy ze skutkiem od dnia złożenia wniosku.
3. Maksymalna wartość zmiany wynagrodzenia brutto, jaką dopuszcza się w efekcie stosowania postanowień niniejszego paragrafu nie może przekroczyć 20% wartości wynagrodzenia brutto.

**§ 15**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmniejszania ilości usług objętych niniejszą umową do 40%. Określone ilości usług przyjęte zostały przez Zamawiającego szacunkowo. Faktyczna ilość zaleconych usług będzie wynikać z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego w tym zakresie. Wykonawcy nie przysługują z tego tytułu żadne roszczenia wobec Zamawiającego.

**§ 16**

Wykonawca oświadcza, że usługi medyczne będą świadczone przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i wymagane prawem uprawnienia do świadczenia usług objętych umową, a ich wykonywanie będzie następować zgodnie z zasadami sztuki medycznej przy poszanowaniu praw pacjenta, określonych w przepisach prawa.

**§ 17**

1. Zamawiający potwierdza, iż dane osobowe osób uprawnionych do badań są przetwarzane zgodnie z postanowieniami *rozporządzenia 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str. 1).*
2. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania wymienionych w ust. 1 przepisów oraz przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Wykonawca jako odrębny administrator od chwili udostępnienia mu danych przez Zamawiającego, ponosi pełną odpowiedzialność za wszelkie stwierdzone naruszenia ochrony danych, które wynikają z jego działania lub zaniechania, w związku z przetwarzaniem udostępnionych danych osobowych, niezgodnie z Umową oraz przepisami o ochronie danych osobowych.

**§ 18**

Zamawiający ma prawo do zgłaszania uwag i wniosków dotyczących realizacji niniejszej umowy, jakości świadczeń zdrowotnych i sposobu ich realizacji do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, która sprawuje funkcje nadzorcze i kontrolne w stosunku do Poradni Badań Profilaktycznych.

**§ 19**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

**§ 20**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy Prawo zamówień publicznych oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

**§ 21**

Wszelkie spory, które mogą zaistnieć przy wykonywaniu umowy – o ile nie będzie możliwe ich polubowne rozwiązanie – strony poddają pod rozstrzygnięcie przez sąd właściwy rzeczowo i miejscowo dla Zamawiającego.

**§ 22**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz Wykonawcy i jeden egzemplarz Zamawiającemu.

**WYkonawca: Zamawiający:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – wzór skierowania na badanie policjanta

Załącznik nr 2 – wzór skierowania na badanie pracownika Policji

Załącznik nr 3 – wzór skierowania na badanie lekarskie osoby wykonującej pracę na statkach żeglugi śródlądowej

Załącznik nr 4 – wzór skierowania na badanie kierowcy lub osoby kierującej pojazdem uprzywilejowanym

Załącznik nr 4 – wzór skierowania na szczepienia

Załącznik nr 6 – wzór zaświadczenia

Załącznik nr 7 – wzór wykaz badań wykonanych

Załącznik nr 8 – formularz ofertowy

**Załącznik nr 1** do umowy ….....................

PŁATNIK

**Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku**

**ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**

**PKD: 8424Z**

**REGON: 050252820**

**NIP: 542-020-78-68**

......................................................... Białystok, ...................................

(nazwa jednostki organizacyjnej Policji) (miejscowość, data rejestracji)

**Badanie należy wykonać w terminie**

**Do dnia** .............................. r.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**SKIEROWANIE NA BADANIE nr ........./20.... r.**

**okresowe policjanta według załącznika nr ...... lp. ......\*)/kontrolne policjanta\*\*)**

Na podstawie art. 71b ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2016 r. poz. 1782, z późn. zm.) kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\*\*) .......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

numer PESEL ......................................................................................................................................................

zamieszkałego(-łą) ................................................................................................................................................

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

pełniącego(-cą) służbę na stanowisku służbowym............................... w ............................................................

(nazwa jednostki organizacyjnej Policji)

Opis warunków pełnienia służby\*\*\*): .................................................................................................................

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

Informacje o występowaniu na stanowisku służbowym czynników szkodliwych lub uciążliwych lub innych wynikających z warunków pełnienia służby, w tym:

1) czynniki fizyczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*):

a) hałas ..............................................................................................................................................................................,

b) promieniowanie i pole elektromagnetyczne ....................................................................................................,

c) inne: .................................................................................................................................................................;

2) czynniki chemiczne (należy podać czas narażenia i. wynik i pomiarów)\*\*): ................................................;

3) czynniki biologiczne\*\*):

a) HCV,

b) HIV,

c) wirus kleszczowego zapalenia mózgu,

d) inne: .................................................................................................................................................................;

4) czynniki psychofizyczne\*\*):

a) stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi,

b) stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością,

c) zagrożenia wynikające z narażenia życia,

d) służba przy obsłudze monitorów ekranowych (liczba godzin obsługi monitora ekranowego)......................,

e) służba na wysokości,

f) służba zmianowa/nocna\*\*),

g) służba fizyczna wymagająca dużego wysiłku:

- dźwiganie ciężarów – (do ilu kg?) ………….........................................................................................,

- wydatek energetyczny – ilość kcal/8 godz. – wyniki badania/pomiaru\*\*) ...................................................................,

h) praca w wymuszonej pozycji,

i) inne: ................................................................................................................................................................;

5) inne czynniki: ................................................................................................................................................ .

|  |  |
| --- | --- |
| Łączna liczba czynników wskazanych w pkt 1-5: |  |

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

(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) ...........................................................

(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

\*) Wpisać właściwy numer załącznika (1-4) do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U. z 2017 r. poz. 110 z późn. zm.) i liczbę porządkową (jeśli jest określona).

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) Należy opisać rodzaj służby, podstawowe czynności wykonywane na stanowisku służbowym, sposób i czas ich wykonywania.

**Załącznik nr 2** do umowy …...............

|  |  |
| --- | --- |
| **Płatnik:**  **Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku**  **ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**  **PKD: 8424Z**  **REGON: 050252820**  **NIP: 542-020-78-68** ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (oznaczenie pracodawcy) | (miejscowość, data) |

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

**(wstępne/okresowe/kontrolne\*))**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią\*)

(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*)

zamieszkałego/zamieszkałą\*)

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\*) lub podejmującego/podejmującą\*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

określenie stanowiska/stanowisk\*) pracy\*\*\*)

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach– należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*):

1. Czynniki fizyczne:
2. Pyły:
3. Czynniki chemiczne:
4. Czynniki biologiczne:
5. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane **w trzech egzemplarzach,** z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

|  |
| --- |
| ...........................................................................  (pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) .........................................................................  (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie) |
|  |

Objaśnienia:

|  |  |
| --- | --- |
| \*) | Niepotrzebne skreślić. |
| \*\*) | W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia. |
| \*\*\*) | Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania. |
| \*\*\*\* | Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:   * + - 1. wydane na podstawie:  1. art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, 2. art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych, 3. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, 4. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, 5. art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;    * + 1. załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.) |

**Załącznik nr 3** do umowy ….......................

**Płatnik:**

**Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku**

**ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**

**PKD: 8424Z**

**REGON: 050252820**

**NIP: 542-020-78-68**

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

(miejscowość, data rejestracji)

**SKIEROWANIE NR ........................ / rok**

1. Dane osoby kierowanej na badania

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (Imiona)** | **Nazwisko** |
| **Data urodzenia** | **Miejsce urodzenia** |
| **PESEL** | |
| **Seria, numer i oznaczenie dokumentu potwierdzającego tożsamość** (w przypadku braku PESEL)  ☐dowód osobisty ☐paszport | |
| **Oznaczenie armatora** (tylko w przypadku skierowania) | |

1. Działając na podstawie art. 36b ustawy o żegludze śródlądowej (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 1097 ze zm.)  
   kieruję na/ wnioskuję o badania lekarskie na stanowisko:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ STANOWISKO W SŁUŻBIE POKŁADOWEJ NIEUPRAWNIAJĄCE DO KIEROWANIA STATKIEM\*** | **☐ STANOWISKO W SŁUŻBIE POKŁADOWEJ**  **UPRAWNIAJĄCE DO KIEROWANIA STATKIEM\*** | **☐ STANOWISKO W SŁUŻBIE MASZYNOWEJ\*** |
| POZIOM PODSTAWOWY  - praktykant  - młodszy marynarz | POZIOM OPERACYJNY  - marynarz  - starszy marynarz  - sternik | * motorzysta * mechanik |
| SZCZEGÓLNE OPERACJE  - ekspert żeglugi pasażerskiej  - ekspert LNG | POZIOM ZARZĄDZANIA  - kapitan  - szczególne zezwolenie – wody morskie  - szczególne zezwolenie - radar  - szczególne zezwolenie – duży konwój |
|  | PATENTY ŻEGLARSKIE  - przewoźnik  - młodszy stermotorzysta  - stermotorzysta |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*data i podpis osoby skierowanej na badania / data i podpis armatora (tylko w przypadku skierowania)*

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

(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) ...........................................................

(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

*Ocena stanu zdrowia oraz badania doraźne nie stanowią badań lekarskich w rozumieniu art. 229 Kodeksu pracy (art. 36b ust. 18 ustawy o żegludze śródlądowej).*

*Świadectwo zdrowia niezbędne do wydania pierwszego unijnego świadectwa kwalifikacji oraz wydania lub przedłużenia ważności unijnego świadectwa kwalifikacji kapitana żeglugi śródlądowej wydaje się nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku o wydanie lub przedłużenie ważności dokumentu kwalifikacyjnego. (art. 36b ust. 8)*

*Okresy ważności świadectwa:*

*- w przypadku osób, które ukończyły 60. rok życia – na okres nie dłuższy niż 5 lat(art. 36b ust. 9 pkt. 1)*

*- w przypadku osób, które ukończyły 70. Rok życia – na okres nie dłuższy niż 2 lata (art. 36b ust. 9 pkt. 2)*

**Załącznik nr 4** do umowy …............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ KIEROWCY LUB**  **OSOBY KIERUJĄCEJ POJAZDEM SŁUŻBOWYM UPRZYWILEJOWANYM** | |  | |  |  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W BIAŁYMSTOKU ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok PKD: 84.24.Z, REGON: 050252820 NIP: 542-020-78-68 (oznaczenie pracodawcy) | | |  |  |  |  | |  | | --- | | (data rejestracji) | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  | | --- | | Badanie należy wykonać w terminie do dnia: | | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | ............................................ (pieczęć i podpis lekarza) | | | |  |
|  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR** | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  | | --- | | prawo jazdy kategorii:  Nazwisko i imię: Identyfikator kadrowy:  PESEL:  Data urodzenia:  Komórka organizacyjna:  Stanowisko:  Adres zamieszkania:  Skierowanie wystawiono w związku z:  ......................................................  (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) | |  | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | ............................................................. (pieczęć i podpis osoby upoważnionej  do rejestracji skierowania) | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

**Załącznik nr 5** do umowy ….....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ** | |  | |  |  |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W BIAŁYMSTOKU ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok PKD: 84.24.Z, REGON: 050252820 NIP: 542-020-78-68 (oznaczenie pracodawcy) | | |  |  |  |  | |  | | --- | | **.........................**  (data rejestracji) | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | | --- | | ............................................ (pieczęć i podpis lekarza) | | | |
|  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR ........./........../.......... rok** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  | | --- | | Nazwa szczepienia:  Nazwisko i imię: Identyfikator kadrowy:  PESEL:  Data urodzenia:  Komórka organizacyjna:  Stanowisko:  Adres zamieszkania: **-**  Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego:  **nie zgłaszano.** | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | --- | | ...................................................... (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | --- | | ................................................................. (pieczęć i podpis osoby upoważnionej  do rejestracji skierowania) | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 6** do umowy ….....................

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

(pieczęć wykonawcy)

ZAŚWIADCZENIE

Pan/i .............................................................................................................................................................

pełniący/a służbę/pracę na stanowisku .................................... zatrudniona w ………...................................... po przeprowadzonych badaniach profilaktycznych został/a dopuszczona do obsługi monitora ekranowego. Na podstawie badania okulistycznego z dnia ............................ zalecono w/w osobie stosowanie szkieł korekcyjnych do obsługi monitora ekranowego.

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

(data) (pieczęć i podpis lekarza profilaktyka)

**Załącznik nr 7** do umowy ….....................

**Wykaz badań/szczepień wykonanych za okres od ..............do ............. .**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Jednostka | Data badania | Rodzaj wykonanych badań | Cena za poszczególne badania | Ogółem wartość  za badania | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. 2022 poz. 165) [↑](#footnote-ref-1)
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2022 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców   
   (Dz.U. 2022 poz. 2503) [↑](#footnote-ref-2)
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. 2022 poz. 165) [↑](#footnote-ref-3)
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2022 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców   
   (Dz.U. 2022 poz. 2503) [↑](#footnote-ref-4)