***Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego***

***(Załącznik nr 2 do Umowy nr ……../2021 z dnia …………..2021 r.)***

**FORMULARZ OFERTY**

**na**

**Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników i stażystów dla Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych**

**Nr sprawy: ZER-ZAK-11/2021**

|  |
| --- |
| *………………………………………………………*  *pieczęć Wykonawcy/Pełnomocnika Wykonawcy* |

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………  ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:** | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:**  **Telefon:**  **Adres e-mail:** | ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

***\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców***

**OFERTA**

**dla Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**ul. Pawińskiego 17/21, 02-106 Warszawa**

* 1. 1. W odpowiedzi na Zapytanie ofertoweskładam(y) niniejszą ofertę oświadczając, że oferuję(emy) wykonanie zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu ofertowym za maksymalną:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN\***

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ………………………..… PLN\*\***

słownie: ……………..………………………………………………………złote/y/ch …/100

zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

**Tabela nr 1**

| **Lp.** | **Rodzaj stanowiska** | **Rodzaj**  **badania** | **Szacowana liczba osób do badań** | **Cena jednostkowa netto (w zł)\*** | **Wartość netto z VAT**  **(w zł)\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6=kol.4x5*** |
|  | Kadra kierownicza/decyzyjna (Dyrektor, Z-ca Dyrektora, Naczelnik, Z-ca Naczelnika, Kierownik Zespołu Terenowego) | wstępne, okresowe, kontrolne | 42 | …………… | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowi | wstępne, okresowe, kontrolne | 180 | …………… | …………… |
|  | Pracownicy obsługi infolinii (centralnej) | wstępne, okresowe, kontrolne | 8 | …………… | …………… |
|  | Pracownicy obsługi punktu klienta | wstępne, okresowe, kontrolne | 22 | …………… | …………… |
|  | Pracownicy obsługi dokumentacji (archiwum, składnica akt) | wstępne, okresowe, kontrolne | 9 | …………… | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Kierowcy | wstępne, okresowe, kontrolne | 5 | …………… | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Magazynier | wstępne, okresowe, kontrolne | 5 | …………… | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Pracownicy gospodarczy (konserwator) | wstępne, okresowe, kontrolne | 4 | …………… | …………… |
|  | Przewodniczący,  Zastępca Przewodniczącego,  Lekarz Orzecznik  Komisji lekarskich | wstępne, okresowe, kontrolne | 65 | …………… | …………… |
|  | Pracownicy biurowi w Komisjach lekarskich | wstępne, okresowe, kontrolne | 60 | …………… | …………… |
|  | Udział lekarza medycyny pracy ( minimum 4 spotkania) w:  - zakładowej komisji BHP,  - dokonywaniu i aktualizacji oceny ryzyka zawodowego,  - opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy | | | | **……………** |
| **12.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*suma pozycji od nr 1 do nr 11 w kolumnie nr 6*)\*:** | | | | **……………** |
| **13.** | 20% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (*20% należy wyliczyć od łącznej ceny netto*) | | | | **……………** |
| **14.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*poz. 12 + poz. 13 w kolumnie nr 6* )\*:** | | | | **……………** |
| **15.** | **STAWKA PODATKU VAT\*:** | | | | **……………** |
| **16.** | **ŁĄCZNA CENA BRUTTO (*poz. 14 + poz. 15*)\*:** | | | | **……………** |

**Uwaga!**

**\*Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zaokrąglając zgodnie z zasadami określonymi w pkt 6.4. Zapytania ofertowego,**

**\*\* Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku,**

**\*\*\* Ilość uczestników może ulec zmianie w trakcie realizacji umowy.**

**Zamawiający odrzuci oferty, w których Wykonawcy zaoferują ceny netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2019 r. poz. 178).**

Podstawa prawna zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT)………………...…\*\* (*jeśli dotyczy*)

1. Nr rachunku bankowego Wykonawcy do wykonywania płatności w ramach umowy: ………………………………………………………………………………………………………
2. Zamówienie zrealizuję(emy):

**[[1]](#footnote-1) BEZ** udziału Podwykonawców;

**1** z udziałem niżej wskazanych Podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma i adres Podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone Podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. Ceny wskazane w pkt 1, w tym ceny jednostkowe, obejmują wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia. Wykonawcy nie przysługuje od Zamawiającego zwrot jakichkolwiek dodatkowych kosztów, opłat i podatków poniesionych przez Wykonawcę w związku z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Zamówienie zrealizuję(emy) w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych we Wzorze umowy i w Opisie przedmiotu zamówienia.
3. Zapoznałem(liśmy) się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią Zapytania ofertowego   
   i akceptuję(emy) go bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję(emy) się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oferta jest dla Mnie/Nas wiążąca przez okres wskazany w pkt 13.1. Zapytania ofertowego.
5. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
6. Oświadczam(y), że nie przekazuję(emy) danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/nas dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.\*\*

*\* należy skreślić 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*

*\*\* należy skreślić w przypadku, gdy Wykonawca wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*

1. Oświadczam(y), że:

**[[3]](#footnote-3)** jestem(śmy) mikroprzedsiębiorstwem

**3** jestem(śmy) małym przedsiębiorstwem

**3** jestem(śmy) średnim przedsiębiorstwem

**3** jestem(śmy) dużym przedsiębiorstwem

*Informacje wymagane wyłącznie do celów statystycznych*.

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….  (miejscowość i data) | .…………..………….………………………..…. (podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników i stażystów dla Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ZER-ZAK-11/2021** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………  ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT (NIP):** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:** | ……………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY/PODWYKONAWCY[[4]](#footnote-4)**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu wskazane w pkt 7.1.2. Zapytania ofertowego**

Oświadczam, że dysponuję odpowiednią kadrą medyczną, tj. odpowiednią liczbą lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny pracy spełniających wymagania kwalifikacyjne w trybie art. 229 § 8 pkt 5) Kodeksu pracy oraz innej specjalizacji medycznej niezbędnej do prawidłowego przeprowadzenia kompleksowego badania profilaktycznego, gwarantującą ciągłość świadczeń podczas realizacji przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….  (miejscowość i data) | .…………..………….………………………..…. (podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego***

***Załącznik nr 4 do Umowy nr ………/2021 z dnia ………… 2021 r.)***

**Zestawienie lokalizacji Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych Wykonawcy lub Podwykonawcy – w ramach realizacji Umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Lokalizacje Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** | | | **Placówki Wykonawcy lub Podwykonawcy w ramach realizacji Umowy** | | |
| **Nazwa Jednostki** | **Siedziba (kod pocztowy, miejscowość)** | **Adres (ulica, nr)** | **Nazwa Placówki** | **Siedziba (kod pocztowy, miejscowość)** | **Adres (ulica, nr)** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* |
| **WARSZAWA** | | | | | | |
|  | Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiA | 02-106 Warszawa | Pawińskiego 17/21 | ………………………… | …………………………….. | …………………………. |
|  | Centralna Komisja Lekarska / Mazowiecka Rejonowa Komisja Lekarska w Warszawie | 02-567 Warszawa | Sandomierska 5/7 | ………………………… | …………………………… | …………………………. |
| **OPOLE** | | | | | | |
|  | Zespół opolski w Opolu | 45-087 Opole | Powstańców Śląskich 20 | ……………………….. | …………………………… | …………………………. |
|  | Opolska Rejonowa Komisja Lekarska w Opolu | 45-075 Opole | Krakowska 44 | ………………………… | …………………………… | ………………………… |
| **WROCŁAW** | | | | | | |
|  | Zespół dolnośląski we Wrocławiu | 50-040 Wrocław | Podwale 31-33 | ……………………….. | ……………………….. | ………………………. |
|  | Dolnośląska Rejonowa Komisja Lekarska we Wrocławiu | 53-501 Wrocław | Grabiszyńska 35-39 | ……………………….. | ……………………………. | ………………………. |
| **JELENIA GÓRA** | | | | | | |
|  | Zespół dolnośląski w Jeleniej Górze | 58-500 Jelenia Góra | Nowowiejska 43 | ……………………….. | ………………………….. | ……………………….. |
| **KATOWICE** | | | | | | |
|  | Zespół śląski w Katowicach | 40-038 Katowice | Lompy 19 | …………………………. | ……………………………… | ………………………. |
|  | Śląska Rejonowa Komisja Lekarska w Katowicach | 40-012 Katowice | Św. Jana 10 | ………………………… | …………………………. | ………………………. |
| **BYDGOSZCZ** | | | | | | |
|  | Zespół kujawsko-pomorski w Bydgoszczy | 85-090 Bydgoszcz | Powstańców Wielkopolskich 7 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Bydgoszczy | 85-074 Bydgoszcz | Kopernika 14 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **GORZÓW WIELKOPOLSKI** | | | | | | |
|  | Zespół lubuski w Gorzowie Wielkopolskim | 66-400 Gorzów Wielkopolski | Kwiatowa 10 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **ŁÓDŹ** | | | | | | |
|  | Zespół łódzki w Łodzi | 91-048 Łódź | Lutomierska 108/112 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Łódzka Rejonowa Komisja Lekarska w Łodzi/ Centralna Komisja Lekarska Skład Orzekający | 91-425 Łódź | Północna 42 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **SZCZECIN** | | | | | | |
|  | Zespół zachodniopomorski w Szczecinie | 70-515 Szczecin | Małopolska 47 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Zachodniopomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Szczecinie | 71-422 Szczecin | Piotra Skargi 16 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **POZNAŃ** | | | | | | |
|  | Zespół wielkopolski w Poznaniu | 60-844 Poznań | J. Kochanowskiego 2a | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Wielkopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Poznaniu | 60-631 Poznań | Dojazd 34 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **LESZNO** | | | | | | |
|  | Zespół wielkopolski w Lesznie | 64-100 Leszno | 17-go Stycznia 8 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **BIAŁYSTOK** | | | | | | |
|  | Zespół podlaski w Białymstoku | 15-003 Białystok | H. Sienkiewicza 65 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Podlaska Rejonowa Komisja Lekarska w Białymstoku | 15-482 Białystok | Fabryczna 27 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **GDAŃSK** | | | | | | |
|  | Zespół pomorski w Gdańsku | 80-819 Gdańsk | Okopowa 15 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Gdańsku / Centralna Komisja Lekarska Skład Orzekający | 80-104 Gdańsk | Kartuska 4/6 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **KIELCE** | | | | | | |
|  | Zespół świętokrzyski w Kielcach | 25-366 Kielce | Śniadeckich 14 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Świętokrzyska Rejonowa Komisja Lekarska w Kielcach | 25-375 Kielce | Wojska Polskiego 51 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **KRAKÓW** | | | | | | |
|  | Zespół małopolski w Krakowie | 31-571 Kraków | Mogilska 109 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Małopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Krakowie / Centralna Komisja Lekarska Skład Orzekający | 30-033 Kraków | Pl. Inwalidów 3 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **LUBLIN** | | | | | | |
|  | Zespół lubelski w Lublinie | 20-019 Lublin | G. Narutowicza 73 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Lubelska Rejonowa Komisja Lekarska w Lublinie | 20-074 Lublin | Spokojna 3 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **NOWY SĄCZ** | | | | | | |
|  | Zespół małopolski w Nowym Sączu | 33-300 Nowy Sącz | Pułku Strzelców Podhalańskich 5 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **OLSZTYN** | | | | | | |
|  | Zespół warmińsko-mazurski w Olsztynie | 10-542 Olsztyn | Dąbrowszczaków 41 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Warmińsko-Mazurska Rejonowa Komisja Lekarska w Olsztynie | 10-228 Olsztyn | Al. Wojska Polskiego 37 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **RADOM** | | | | | | |
|  | Zespół mazowiecki w Radomiu | 26-616 Radom | Limanowskiego 95 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **RZESZÓW** | | | | | | |
|  | Zespół podkarpacki w Rzeszowie | 35-036 Rzeszów | Dąbrowskiego 30 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Podkarpacka Rejonowa Komisja Lekarska w Rzeszowie | 35-111 Rzeszów | Krakowska 16 H | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **ZAMOŚĆ** | | | | | | |
|  | Zespół lubelski w Zamościu | 22-400 Zamość | Prymasa St. Wyszyńskiego 2 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **KOSZALIN** | | | | | | |
|  | Zespół zachodniopomorski w Koszalinie | 75-009 Koszalin | J. Słowackiego 11 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **CZĘSTOCHOWA** | | | | | | |
|  | Zespół śląski w Częstochowie | 42-200 Częstochowa | Ks. Jerzego Popiełuszki 5 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **ZIELONA GÓRA** | | | | | | |
|  | Lubuska Rejonowa Komisja Lekarska w Zielonej Górze | 65-044 Zielona Góra | Wazów 42 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L z 4 maja 2016 r. nr 119/1 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-3)
4. niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)