***Załącznik Nr 2*** ***do SIWZ***

**Znak sprawy:** **ZER-ZP- 20/2018**

**FORMULARZ OFERTY**

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

**Wykonawca\***

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

***\*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**

**W odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego na** „***świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników i stażystów dla Zespołu terenowego Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA w Koszalinie***” **składamy niniejszą ofertę oświadczając, że:**

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 1 do SIWZ za:

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

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

słownie: ……………………………………………………………………………………

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu Umowy, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi / badania | Szacunkowa liczba pracowników kierowanych na badania lekarskie w okresie trwania Umowy | Cena jednostkowa netto | Wartość netto\*/kolumna 3 x 4/ | Stawka VAT\*\* | Wartość VAT\* | Cena oferty brutto\*/kolumna 5+7/ |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| 1. | Badanie profilaktyczne – wstępne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 4 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 2. | Badanie profilaktyczne – okresowe wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 7 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 3. | Badanie profilaktyczne – kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 4 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 4. | Dodatkowe badanie konsultacyjne – okulistyczne zlecane w każdym czasie poza badaniami profilaktycznymi | 4 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 5. | Konsultacje specjalistyczne -okulistyczne | 11 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 6. | Konsultacje specjalistyczne - laryngologiczne | 3 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 7. | Konsultacje specjalistyczne -neurologiczna | 3 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 8. | Konsultacje specjalistyczne –ortopedyczne | 1 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 9. | Morfologia z rozmazem | 11 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 10. | OB | 11 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 11. | Cukier | 11 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 12. | Ogólne badanie moczu + osad | 11 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 13. | Audiometria | 1 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 14. | Spirometria | 2 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 15. | EKG z opisem | 2 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 16. | RTG klatki piersiowej z opisem | 3 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 17. | Lipidogram | 3 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 18. | Badanie osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 15 i art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511, ze zm.), | 1 | ………….. | ………… | ……… | ……… | ………… |
| ------------------------------- | Szacunkowa liczba spotkań członków komisji ds. bezpieczeństwa i higieny pracy/*przewidywany czas trwania jednego spotkania – 3 godz*./ | -------------------------------------------------------------------- |
| 19. | Udział lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami i stażystami, w charakterze członka, w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy, w opracowywaniu oceny ryzyka zawodowego, w opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy (ryczałt kwartalny) | 12 | …………. | ………… | ……… | ……… | ………… |
| ŁĄCZNA CENA BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 19)\*: | ………….. |
| *ŁĄCZNA CENA BRUTTO – SŁOWNIE*\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 20. | 20% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (*20% należy wyliczyć od sumy poz. od nr 1 do nr 19*) | …………. |
| **CENA OFERTY BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 19 + wartość z pozycji nr 20)\*:** | **……………** |
| ***CENA OFERTY BRUTTO – SŁOWNIE*\* …………………………..…………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………** |
|  |

**Uwaga!**

***\** Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku,**

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

**\*\*\*Zamawiający odrzuci oferty, w których wykonawcy zaoferują ceny jednostkowe netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014r. *o informowaniu o cenach towarów i usług* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1830,
z późn. zm.).**

Podstawa prawna zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT) ………………………….

1. Określone w kolumnie nr 3 niniejszego formularza ofertowego **ilości usług są szacunkowe
i mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb Zamawiającego, na co Wykonawca wyraża zgodę i nie będzie rościł sobie prawa do dochodzenia odszkodowania z tytułu zmian ilości usług
w trakcie realizacji zamówienia (w szczególności z tytułu wykonania mniejszej liczby badań, niż określona w formularzu ofertowym). Ilość usług została określona orientacyjnie na czas obowiązywania umowy**.
2. Osoby upoważnione do kontaktów i współpracy przy realizacji umowy:

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

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/*

2. ………………………………………………………………………………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/*

1. Wykaz placówek, w których będą świadczone usługi medyczne wraz z numerami telefonów do rejestracji:
	* + 1. ……………………………………………………………………………………………………...

*/ proszę wskazać nazwę, adres, numer telefonu do rejestracji/*

* + - 1. ……………………………………………………………………………………………………...

*/ proszę wskazać nazwę, adres, numer telefonu do rejestracji/*

1. Wadium wpłacone w pieniądzu należy zwrócić na rachunek bankowy w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*dotyczy Wykonawców, którzy wnieśli wadium w pieniądzu*)

1. Zamówienie zrealizujemy:

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

**[ ] 1** z udziałem niżej wskazanych podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone podwykonawcy |
| 1. |  |  |

1. Cena wskazana w pkt 1 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający na rzecz Wykonawcy w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru naszej oferty.
2. Zamówienie zrealizujemy w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych we Wzorze umowy i w Opisie przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki rozliczeń określone w pkt 7 SIWZ.
4. Zapoznaliśmy się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią SIWZ i akceptujemy go bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w SIWZ przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oferta jest dla Nas wiążąca przez okres 30 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.
6. Oświadczamy, że:

**[ ] [[2]](#footnote-2)** jestem

**[ ] 2** nie jestem

małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*(małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR; średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób
i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza
43 milionów EUR). Informacje powyższe wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………

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

***Załącznik nr 1 do Formularza Oferty***

**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 Zespołu terenowego Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA w Koszalinie** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | ZER-ZP-20/2018 |

**Wykonawca**

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

**OŚWIADCZENIE**

**o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczamy, że

* brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania z powodu niespełniania przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 oraz art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.).

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

* Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SIWZ.

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

Instrukcja wypełniania:

1. wypełnić we wszystkich wykropkowanych miejscach.

***Załącznik nr 4 do SIWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ZER-ZP-20/2018** |
|  |  |
| **Wykonawca(y):** |  |
| (Nazwa i adres)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

## Wykaz wykonanych lub wykonywanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej dwóch usług na rzecz firm/instytucji/urzędów o wartości nie mniejszej niż 2.000,00 zł brutto każda, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w Rozdziale 10 SIWZ.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano usługę lub na rzecz którego jest wykonywana usługa | Opis przedmiotu umowy/zamówienia (usługi) | Termin(y) wykonania/realizacji usługi | Wartość wykonanej/realizowanej usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA!**

**Zamawiający rozumie przez zwrot „dwie usługi” usługi świadczone w ramach dwóch odrębnych zamówień/umów.**

**PODPIS(Y):**

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

(miejscowość, data, podpis(y))\*

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z:

1. zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub
2. pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**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 Zespołu terenowego Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA w Koszalinie** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | ZER-ZP-20/2018 |

**Wykonawca[[3]](#footnote-3)**

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

**oświadczenie W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W art. 13. LUB art. 14 RODO**

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
2. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO. \*

*\*niepotrzebne skreślić*

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

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

 *podpis i pieczątka imienna osoby uprawnionej do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo*

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia tabele powielić odpowiednio do liczby Wykonawców wspólne składających ofertę. [↑](#footnote-ref-3)
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 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. EU L 119 z 04.05.2016, str. 1) [↑](#footnote-ref-4)