**Załącznik nr 3 do SWZ**

Nazwa wykonawcy:

……………………………………………….…

Adres do korespondencji:

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

NIP ……………………………………………..

e-mail …………………………………..………

**OFERTA**

Nawiązując do postępowania na: **„Usługi z zakresu prywatnej opieki medycznej dla pracowników NFM i ich rodzin” (**OZP.261.TP3.2024**),** w którym zamawiającym jest Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego

1. **Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 1 do SWZ za cenę ryczałtową (cena netto = cena brutto):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | | Szacunkowa liczba pakietów w miesiącu | Cena jednostkowa pakietu (składka za 1 pakiet  za 1 miesiąc) [zł] | Wartość całkowita  za dany pakiet  za 1 miesiąc  [zł] (kol. DxE) | Wartość całkowita  za dany pakiet  za 12 miesięcy  [zł]  (kol. Fx12) |
| A | B | C | D | E | F | G |
| 1 | Wariant I (**podstawowy** zakres usług medycznych) | Pakiet indywidualny | 27 |  |  |  |
| 2 | Pakiet partnerski | 6 |  |  |  |
| 3 | Pakiet rodzinny | 7 |  |  |  |
| **Razem wariant podstawowy** (poz.1+poz.2+poz.3): | | | | | |  |
| 4 | Wariant II (**rozszerzony** zakres usług medycznych) | Pakiet indywidualny | 46 |  |  |  |
| 5 | Pakiet partnerski | 10 |  |  |  |
| 6 | Pakiet rodzinny | 8 |  |  |  |
| **Razem wariant rozszerzony** (poz.4+poz.5+poz.6): | | | | | |  |

1. **Oświadczamy, że złożona oferta obejmuje minimalny zakres świadczeń zgodny z OPZ dla wariantu podstawowego. Ponadto oferujemy następujące świadczenia punktowane dodatkowo w kryteriach oceny ofert:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Świadczenia punktowane w dodatkowych kryteriach oceny ofert** | **Wpisać odpowiednio [TAK lub NIE] zgodnie z ofertą Wykonawcy** |
| Nielimitowana liczba konsultacji u lekarza internisty i pediatry dostępna w ramach wszystkich oferowanych pakietów [od najtańszego pakietu w wariancie ubezpieczenia podstawowym (I)]  (Kryterium nr 3) |  |
| Szczepienia ochronne (np. na grypę) dostępne w ramach wszystkich oferowanych pakietów [od najtańszego pakietu w wariancie ubezpieczenia podstawowym (I)]  (Kryterium nr 4) |  |
| Rehabilitacja dostępna w ramach wszystkich oferowanych pakietów [od najtańszego pakietu w wariancie ubezpieczenia podstawowym (I)]  (Kryterium nr 5) |  |

**UWAGA**: powyższe oświadczenia (pkt II) służy ocenie ofert w dodatkowych kryteriach oceny ofert (kryterium 3, 4 i 5) i nie podlegają uzupełnieniu, a ich niewypełnienie skutkować będzie otrzymaniem 0 punktów w kryteriach oceny ofert.

1. **Ponadto oświadczamy, że:**
2. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ, nie wnosimy do niej zastrzeżeń, w pełni akceptujemy jej warunki oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Akceptujemy treść projektowanych postanowień umowy stanowiących Załącznik nr 2 do SWZ, w tym warunki i termin płatności w nim określone.
4. Jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie wykonamy usługi: ………………………………………………………………………………………… (*należy podać nazwę i adres poszczególnych wykonawców oraz usługi, które wykonają*)\*\*.
5. Wykonamy przedmiot zamówienia siłami własnymi/część prac zamierzamy powierzyć podwykonawcom\*\*: …………………………….….. (*należy podać nazwę i adres podwykonawcy*), w tym zakres prac powierzonych podwykonawcom to: …………………………………… (*należy podać przedmiot oraz wartość lub procentową część jaką Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy*).
6. Jesteśmy (*zaznaczyć odpowiedni kwadrat*):

*mikroprzedsiębiorstwem*

*małym przedsiębiorstwem*

*średnim przedsiębiorstwem*

*dużym przedsiębiorstwem*

*jednoosobową działalnością gospodarczą*

*osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej*

*inna kategorią*

*(Zgodnie z definicjami kategorii wykonawców z ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2023 r. poz. 221 ze zm.).*

1. Jesteśmy/nie jesteśmy\*\* płatnikiem podatku VAT od towarów i usług; numer NIP: ............................................
2. Jesteśmy/nie jesteśmy \*\* zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Urzędowym Podmiotów Gospodarczych; numer identyfikacji REGON .............................................
3. Nie jesteśmy wykonawcą wskazanym w art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111/1 z 8.04.2022 r..
4. Nie jesteśmy wykonawcą wskazanym 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 ze zm).
5. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO [[1]](#footnote-2)1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-3)2).

\*\* niepotrzebne skreślić

**Upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy**:

……………………..…………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Załącznik nr 4 do SWZ**

………………………………………….

Nazwa wykonawcy

**Oświadczenie**

**wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia\***

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ   
SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi z zakresu prywatnej opieki medycznej dla pracowników NFM i ich rodzin”** (oznaczenie sprawy: OZP.261.TP3.2024**)**,w którym zamawiającym jest Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego, prowadzonego przez Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA WYSZCZEGÓLNIONYCH W ROZDZIALE VII SWZ: \***

1. Oświadczamy, że nie zachodzą w stosunku do nas przesłanki wykluczenia z postępowania   
   na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.\*
2. Oświadczamy, że nie zachodzą w stosunku do nas przesłanki wykluczenia z postępowania   
   na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 -10 ustawy Pzp.\*
3. Oświadczamy, że nie zachodzą w stosunku do nas przesłanki wykluczenia z postępowania   
   na podstawie: \*

a) art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających   
w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie *(Dz. Urz. UE nr   
L 111/1 z 08.04.2022 r.)*,

b) 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 *(**Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 ze zm).*

1. Oświadczamy, że zachodzą w stosunku do nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1,2,5 i 6 lub art. 109 ust. 1 pkt 4 -10).* Jednocześnie oświadczamy, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjęliśmy następujące środki naprawcze: ……………………………………………………\*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale IX SWZ.

1. Posiadamy/Wykonawca usług medycznych będących przedmiotem zamówienia posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, co uprawnia go do prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie działalności leczniczej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Nazwa rejestru: ……………………………………….…, numer wpisu do rejestru:………………… *(Wypełnia Wykonawca, na potwierdzenie posiadania odpowiednich uprawnień).*
2. Oferujemy bezgotówkowy dostęp do następującej liczby placówek medycznych (zarówno swoich jak i partnerów medycznych):
3. Łączna liczba placówek świadczących usługi medyczne dostępnych w całej Polsce: …………*(podać liczbę placówek)*
4. w tym liczba placówek medycznych oraz laboratoriów realizujących przedmiot zamówienia dostępnych we Wrocławiu: .................*(podać liczbę placówek)*

**OŚWIADCZENIE W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW\*** *(jeśli dotyczy)*:

Oświadczamy, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale IX SWZ polegamy na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………….…………………....,

w następującym zakresie:

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

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*** *(jeśli dotyczy)***:**

Oświadczamy, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołujemy się w niniejszym postępowaniu, tj.:……………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………..............................

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM,   
NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*** *(jeśli dotyczy)***:**

Oświadczamy, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami:………………………….. ……………….…………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………….…..….……..

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS)*

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Oświadczamy, że dokumenty na potwierdzenie umocowania do działania w imieniu Wykonawcy oraz podmiotowe środki dowodowe *(w zakresie wskazanym w przedmiotowym postępowaniu*) Zamawiający posiada lub może uzyskać do nich dostęp za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r.   
o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne tj:

* + - * 1. <https://ekrs.ms.gov.pl/> \*
        2. <https://prod.ceidg.gov.pl> \*
        3. inny …………………………… (należy wskazać adres strony internetowej) \*
        4. środki dowodowe, które Zamawiający posiada (zgodnie z art. 127 ust. 2 Pzp, np. złożone przez Wykonawcę w przeszłości w innym postępowaniu prowadzonym przez Zamawiającego):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa podmiotowego środka dowodowego (np. wpis do KRS) | Postępowanie NFM, do którego w przeszłości został złożony podmiotowy środek dowodowy – np. znak postępowania OZP.261….., lub nazwa postępowania) | Środek dowodowy jest aktualny |
| 1 |  |  | Tak/Nie \* |
| 2 |  |  | Tak/Nie \* |

**Upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy**:

……………………..…………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

*\*niepotrzebne skreślić.*

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Podmiot:**

…………………………………………………

…………………………………………………

…………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………..

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ   
SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„****Usługi z zakresu prywatnej opieki medycznej dla pracowników NFM i ich rodzin”** (oznaczenie sprawy: OZP.261.TP3.2024), w którym zamawiającym jest Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego, prowadzonego przez Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA WYSZCZEGÓLNIONYCH W ROZDZIALE VII SWZ: \***

1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania   
   na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania   
   na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 -10 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania   
   na podstawie:

a) art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających   
w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie *(Dz. Urz. UE nr   
L 111/1 z 08.04.2022 r.)*,

b) 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 *(Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 ze zm.).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

Oświadczam, że **spełniam** warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego   
w Rozdziale IX SWZ w następującym zakresie: ………..……………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe *(w zakresie wskazanym w przedmiotowym postępowaniu*), które Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ..............................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) ..............................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

**Upełnomocniony przedstawiciel Podmiotu udostępniającego:**

……………………..…………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

*\** niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 6 do SWZ**

………………………………………….

Nazwa wykonawcy

INFORMACJA O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ

**w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów   
(Dz.U. z 2023 r. poz. 1689 ze zm.)**

Biorąc udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi z zakresu prywatnej opieki medycznej dla pracowników NFM i ich rodzin”** (oznaczenie sprawy: OZP.261.TP3.2024), w którym zamawiającym jest Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego, prowadzonego przez Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego, oświadczam, co następuje:

* + 1. **Należę/Nie należę**\* do grupy kapitałowej, o której mowa w art.  108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.).
    2. **Należę** do grupy kapitałowej w skład której wchodzą: \*\*

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu należącego do tej samej grupy kapitałowej** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **...** |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**Upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy**:

……………………..…………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić, jeśli dotyczy

1. 1 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). [↑](#footnote-ref-2)
2. 2 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-3)