

Załącznik nr 2.5. do SWZ  
Nr wew. postępowania 9/23

Zamawiający:  
Komenda Wojewódzka Policji  
z siedzibą w Radomiu  
ul. 11 Listopada 37/59  
26 – 600 Radom

**FORMULARZ OFERTY**  
**Część nr 5 (Zadanie nr 5) dla terenu działania**  
**KPP w Mławie ul. Sienkiewicza 2; 06-500 Mława**

**Ja/my\* niżej podpisani:**

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**działając w imieniu i na rzecz:**

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

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

|  |  |
|--|--|
| <b>Adres:</b>  |  |
| <b>Miejscowość:</b>  |  |
| <b>Kraj:</b>   |  |
| <b>Województwo:</b>  |  |
| <b>REGON:</b>  |  |
| <b>NIP:</b>  |  |
| <b>Telefon:</b>  |  |
| <b>Adres e-mail:</b><br>(na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję) |  |

**Wykonawca jest:**

- mikro przedsiębiorcą - TAK/NIE\*
- małym przedsiębiorcą - TAK/NIE\*
- średnim przedsiębiorcą - TAK/NIE\*
- prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą - TAK/NIE\*
- osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej - TAK/NIE\*
- inny rodzaj - TAK/NIE\*

\* (niepotrzebne skreślić)

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym na etapie trwania postępowania

|                 |  |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon         |  |
| Adres e-mail    |  |

Osoba wyznaczona do współdziałania przy wykonywaniu umowy:

|                 |  |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon         |  |
| Adres e-mail    |  |

|  |  |
|--|--|
| Nr konta Wykonawcy                                       |  |
| Nazwa banku, w którym Wykonawca posiada rachunek bankowy |  |

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na: [Świadczenia medyczne z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej w Policji i szczepień ochronnych](#)

[Numer wewnętrzny postępowania: 9/23](#)

I. SKŁADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Kryterium I – Cena „C” - waga 60%:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Łączna cena oferty netto w zł</b>  |  |
| <b>Łączna cena oferty brutto w zł</b> |  |
| <b>Kwota podatku VAT w zł</b>         |  |
| <b>Stawka podatku VAT w %</b>         |  |

- cena wynika z kalkulacji z poniższej tabeli

**Wykaz cennik rodzajowo ilościowy - zadanie nr 5**

| <b>Lp.</b>               | <b>Rodzaj badania/usługi lekarskiego/ej</b>   | <b>Cena jednostkowa brutto w zł</b> | <b>Liczba zaplanowanych badań/usług</b> | <b>Cena brutto w zł (kol. 3 × kol. 4)</b> |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| kol.1                    | kol. 2  | kol. 3                              | kol. 4                                  | kol. 5                                    |
| 1                        | badanie okresowe policjanta do 40 roku życia służba kryminalna, śledcza, spraw wewnętrznych, prewencyjna, zwalczania cyberprzestępczości oraz policji sądowej (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia      |                                     | 87                                      |   |
| 2                        | badanie okresowe policjanta powyżej 40 roku życia służba kryminalna, śledcza, spraw wewnętrznych, prewencyjna, zwalczania cyberprzestępczości oraz policji sądowej (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia |                                     | 77                                      |   |
| 3                        | badanie okresowe policjanta do 40 roku życia służba wspomagająca (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia   |                                     | 1                                       |   |
| 4                        | badanie okresowe policjanta powyżej 40 roku życia służba wspomagająca (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia  |                                     | 1                                       |   |
| 5                        | badanie kontrolne pracownika Policji z wydaniem orzeczenia  |                                     | 8                                       |   |
| 6                        | badanie kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia  |                                     | 23                                      |   |
| 7                        | badanie wstępne/okresowe pracownika Policji z wydaniem orzeczenia   |                                     | 25                                      |   |
| 8                        | badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia   |                                     | 36                                      |   |
| 9                        | badanie lekarskie kierowcy z wydaniem orzeczenia*   |                                     | 72                                      |   |
| 10                       | badanie osoby kierującej statkiem żeglugi śródlądowej z wydaniem orzeczenia   |                                     | 1                                       |   |
| 11                       | badanie lekarskie po i przed powrotem do kraju po zakończeniu służby/przed służbą w kontyngencie policyjnym z wydaniem orzeczenia   |                                     | 1                                       |   |
| 12                       | uczestniczenie lekarza w komisji bhp oraz komisjach określonych odrębnymi przepisami, wymagających udziału lekarza profilaktyka ( <b>cena za jedno spotkanie</b> )  |                                     | 1                                       |   |
| 13                       | przegląd stanowisk pracy ( <b>cena za jedno spotkanie</b> )   |                                     | 1                                       |   |
| <b>Razem cena brutto</b> |   |                                     |   |   |

\*cena brutto za jedno badanie lekarskie kierowcy z wydaniem orzeczenia. Opłata dotyczy pełnego zakresu badań diagnostycznych, konsultacji lekarzy specjalistów lub psychologa (z wyłączeniem badań psychologicznych kierowców).

## WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ

| Lp. | Nazwa badania   | Cena brutto za jedno badanie |
|-----|---|------------------------------|
| 1   | przeciwciała (antyHBs)  |                              |
| 2   | badanie czynnika szkodliwego lub uciążliwego związanego z narażeniem na ołów i jego związki |                              |

Warunkiem bezwzględny do oceny złożonej oferty, a tym samym uznaniem oferty za ważną jest wypełnienie i wskazanie cen brutto za badania ujęte w tabeli WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ, które mogą być realizowane w trakcie obowiązywania umowy.

W przypadku braku wyceny dodatkowych badań oferta podlegała będzie odrzuceniu jako niezgodna z warunkami zamówienia.

Ceny zaoferowane w Formularzu ofertowym w tabeli WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ nie będą podlegać kryteriom oceny ofert.

Wykonawca oświadcza, że w przypadku konieczności zlecenia, przez lekarza medycyny pracy, funkcjonariuszom /pracownikom dodatkowych badań, zostaną one rozliczone zgodnie z cennikiem zaoferowanym w powyższej tabeli.

**Kryterium II** – Dysponowanie gabinetem lekarza medycyny pracy, w którym byłaby możliwość obsługi policjantów i pracowników Policji poza kolejnością przez pięć dni w tygodniu (G) – waga 15%

Oświadczam, że:

- dysponuję lub będę dysponował oddzielnym gabinetem lekarza medycyny pracy\*
- nie dysponuję lub nie będę dysponował oddzielnym gabinetem lekarza medycyny pracy\*

\*właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że nie dysponuje lub nie będzie dysponował oddzielnym gabinetem lekarza medycyny pracy i oferta otrzyma w kryterium II - 0 punktów.

**Kryterium III** - Obsługiwanie policjantów i pracowników przez lekarzy specjalistów poza kolejnością (S) – waga 25%

Oświadczam, że:

- obsługa odbywać się będzie poza kolejnością\*
- brak obsługi poza kolejnością\*

\*właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że brak jest obsługi poza kolejnością i oferta otrzyma w kryterium III - 0 punktów.

Zaznaczona odpowiedź musi być tożsama z informacją zaznaczaną w Oświadczeniu (dot. kryteriów wyboru nr 2 i nr 3) tzn. dysponowaniem gabinetem lekarza medycyny pracy, w którym byłaby możliwość obsługi policjantów i pracowników Policji poza kolejnością pięć dni w tygodniu oraz o obsługiwaniu policjantów i pracowników przez lekarzy specjalistów poza kolejnością – Załącznik nr 6.1 do SWZ.

**Oświadczam że:**

– **ODLEGŁOŚĆ** od miejsca świadczenia usługi do jednostki wskazanej w Formularzu ofertowym, wynosi ..... km (najkrótsza, liczona w km z proponowanych tras obliczana za pomocą strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps), „wyznacz trasę samochodową”).

Odległość od miejsca świadczenia usługi do jednostki wskazanej w Formularzu ofertowym, nie może być większa niż **100 km** (najkrótsza, liczona w km z proponowanych tras obliczana za pomocą strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps), „wyznacz trasę samochodową”).

**Uwaga:** Weryfikacji odległości obrazującej wyliczenie najkrótszej trasy od siedziby jednostki do miejsca świadczenia usługi **Zamawiający dokona samodzielnie** na podstawie wydruków ze strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps) „wyznacz trasę samochodową”. W przypadku przekroczenia wyżej wskazanej odległości, oferta Wykonawcy będzie podlegała odrzuceniu jako niezgodna z warunkami zamówienia.

– **PLACÓWKA** w której świadczone będą usługi zlokalizowana jest w:

.....  
(należy podać nazwę i dokładny adres placówki)

W przypadku nie wpisania w ofercie adresu placówki gdzie świadczona będzie usługa oferta wykonawcy zostanie odrzucona jako niezgodna z warunkami zamówienia.

**II. Informujemy, że wskazane poniżej dokumenty lub oświadczenia dostępne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnymi i bezpłatnymi baz danych:** (wypełnić jeśli dotyczy)

| Nazwa dokumentu lub oświadczenia | Adres internetowy bazy danych, gdzie dostępny jest dokument lub oświadczenie |
|----------------------------------|--|
|                                  |  |

**Inne informacje:**

.....  
.....

**III. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:**

(wypełnić jeśli dotyczy)

| Część zamówienia powierzona podwykonawcy | Nazwa firmy podwykonawcy<br>o ile jest znana na etapie składania ofert |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

W przypadku braku wypełnienia tabeli dotyczącej podwykonawców, Zamawiający uzna, że przedmiot zamówienia Wykonawca zrealizuje samodzielnie.

- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia określonego w **Rozdziale X pkt 1 SWZ**.
- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy określonymi w Załączniku nr **1.1** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- OŚWIADCZAM**, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
- Składamy ofertę na ..... stronach**
- Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:**

|   |  |
|---|--|
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

#### **Informacja dla Wykonawcy:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym i przekazany zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę

\*niepotrzebne 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie)