**Załącznik nr 2.17. 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 17 (Zadanie nr 17) dla terenu działania**

**KPP w Kozienicach ul. Radomska 1; 26-900 Kozienice**

**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)

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kraj:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Adres e-mail:**(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. SKLADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna cena oferty netto w zł** |  |
| **Łączna cena oferty brutto w zł** |  |
| **Kwota podatku VAT w zł** |  |
| **Stawka podatku VAT w %** |  |

- cena wynika z kalkulacji z poniższej tabeli

**Wykaz cennik rodzajowo ilościowy - zadanie nr 17**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj szczepienia ochronnego (badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja) | Cena za jedną dawkę szczepienia ochronnego w zł brutto | Liczba zaplanowanych dawek | Wartość brutto w zł(kol. 3 × kol. 4) |
| kol. 1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 |
| 1. | WZW typu B |  | 35 |  |
| 2. | Tężec |  | 2 |  |
| 3. | Kleszczowe zapalenie opon mózgowych |  | 1 |  |
| 4. | grypa |  | 24 |  |
| Razem cena brutto: |  |

**Kryterium II – Obsługiwanie policjantów i pracowników poza kolejnością (S) – waga 20%**

**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 II - 0 punktów.

**Zaznaczona odpowiedź musi być tożsama z informacją zaznaczaną w Oświadczeniu (dot. kryteriów wyboru nr 2) tzn. o obsługiwaniu policjantów i pracowników przez lekarzy specjalistów poza kolejnością – Załącznik nr 6.2 do SWZ.**

**Kryterium III - Usługi wykonywane będą pięć dni w tygodniu, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (H) – waga 20%**

**Oświadczam, że:**

 **usługi wykonywane będą pięć dni w tygodniu z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy\***

 **usługi wykonywane będą trzy dni w tygodniu z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy\***

\*właściwe zakreślić

**Zamawiający wymaga aby usługi świadczone były minimum przez trzy dni w tygodniu.**

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że usługi świadczone będą trzy dni w tygodniu i oferta otrzyma w kryterium III - 0 punktów.

**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 40 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 o**ś**wiadczenia dost**ę**pne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodost**ę**pnych i bezpłatnych baz danych:** (wypełnić jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa dokumentu lub oświadczenia** | **Adres internetowy bazy danych, gdzie dost**ę**pny jest****dokument lub o**ś**wiadczenie** |
|  |  |

**Inne informacje:**

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

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

**III. Podwykonawcom zamierzamy powierzy**ć **wykonanie nast**ę**puj**ą**cych cz**ęś**ci zamówienia:**

**(**wypełnić jeśli dotyczy)

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

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

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
2. **OŚWIADCZAMY,** że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
3. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia określonego **w Rozdziale X pkt 1 SWZ.**
4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy określonymi w Załączniku nr **1.2** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ,
w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
5. **OŚWIADCZAM,** że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13
lub art. 14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
6. **Składamy ofertę na ………… stronach**
7. **Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |

**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)