# .............................., dnia ........................

**Dane Wykonawcy:**

**Nazwa:** .......................................................................................................................

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

**Siedziba:** .......................................................................................................................

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

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

**Adres poczty elektronicznej:** ..................................................................................................................

**Strona internetowa:**  .......................................................................................................................

**Numer telefonu:**  .......................................................................................................................

**Numer regon:** .......................................................................................................................

**Numer NIP:**  .......................................................................................................................

**Adres korespondencyjny jeżeli jest inny niż adres siedziby**:………………………………………………

………………………………………………………………………………………

Wykonawca jest **mikro / małym / średnim\*), \*\*)** przedsiębiorcą zgodnie z definicją zawartą w ustawie   
z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2021 r. poz.162, 2105)

**Dane składającego oświadczenie:**

**Imię i nazwisko:** ...............................................................................................................................

**Sposób reprezentacji Wykonawcy:** pełnomocnictwo/wpis w rejestrze lub ewidencji **\*)**

**FORMULARZ OFERTY**

1. Nawiązując do ogłoszonego postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na „*świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz z zakresu dodatkowej opieki medycznej dla Pracowników Zamawiającego i członków ich rodzin” oświadczamy, że:*
2. **Wykonamy zamówienia za kwotę:**

Netto:........................zł (słownie zł......................................................................................................)

VAT:..........% tj....................zł (słownie zł............................................................................................)

Brutto:.......................zł (słownie zł......................................................................................................)

**Uwaga:** *Łączna, całkowita wartość zamówienia (dotyczy 48 miesięcy świadczenia usługi) wyliczona w formularzu cenowym przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 2 do SWZ).*

***Zamawiający prosi o wypełnienie poniższej informacji***

***Informujemy, że \*\*\*):***

1. *wybór oferty* ***nie będzie*** *prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego****\*)****,*
2. *wybór oferty* ***będzie*** *prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego   
   w odniesieniu do następujących towarów/usług (w zależności od przedmiotu zamówienia): …………………………****\*)*** *Wartość towaru/usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to …………………………………..zł netto****\*)***
3. **Zamówienie zrealizujemy w terminie:** 48 miesięcy od daty podpisania umowy lub do wyczerpania maksymalnej wartości nominalnej zobowiązania Zamawiającego, w zależności od tego, które zdarzenie nastąpi wcześniej.
4. **Zapewnimy wykonywanie wszystkich usług medycznych** w co najmniej 500 placówkach własnych lub współpracujących na terenie Polski. W tym zapewnimy minimum **15 placówek podmiotu leczniczego** (zdefiniowanych w pkt I.15 Tabeli nr 1, w załączniku nr 8.1 do SWZ pod nazwą „Opis przedmiotu zamówienia – wymagania ogólne”), w tym co najmniej **6 placówek** spiętych Jednolitym Systemem Informatycznym na terenie m.st. Warszawy, z czego 2 placówki spięte ww. systemem będą znajdować się w granicach administracyjnych dzielnic Bemowo lub Wola lub Śródmieście, w tym jedna placówka własna Wykonawcy będzie znajdować się   
   w promieniu 5 km w linii prostej od siedziby Zamawiającego przy ul. Księcia Bolesława 6   
   w Warszawie i będzie świadczyć usługi z zakresu medycyny pracy. Dodatkowo zapewnimy co najmniej jedną taką placówkę w Koszalinie oraz 1 punkt całodobowej pomocy doraźnej na terenie m. st. Warszawy.
5. Zapewnimy Placówki Podmiotu Leczniczego na terenie m.st. Warszawy w liczbie …………………..

**Uwaga:** ***Kryterium oceny ofert, o którym mowa w pkt. 12.2 ppkt 2) SWZ.***

*Należy podać liczbę Placówek Podmiotu Leczniczego (zwane dalej „Placówkami”) na terenie m.st. Warszawy ponad wymagane 15 zgodnie z Wykazem placówek stanowiącym Załącznik nr 1.1 do Formularza oferty (zwany dalej „Wykazem placówek”). W przypadku wskazania w pkt 4 Formularza oferty 15 Placówek, Zamawiający przyzna w powyższym kryterium oceny ofert 0 pkt. W przypadku zaoferowania mniejszej niż 15 liczby Placówek to niezależnie od złożenia oświadczenia wskazanego w pkt 3 Formularza oferty – oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.****W przypadku braku wskazania w pkt 4 Formularza oferty liczby Placówek****, lub* ***w przypadku rozbieżności liczby Placówek wskazanych w pkt 4 Formularza oferty*** *oraz w* ***Wykazie placówek*** *Zamawiający przyjmie za właściwą liczbę Placówek z Wykazu placówek. Brak wypełnienia Wykazu placówek, wypełnienie niekompletne Wykazu placówek, złożenie Wykazu placówek bez opatrzenia go podpisem kwalifikowanym, lub niezłożenie Wykazu placówek będzie skutkowało odrzuceniem oferty.*

1. Zapewnimy Placówki Podmiotu Leczniczego zlokalizowane w granicach administracyjnych m.at. Warszawy i spięte Jednolitym Systemem Informatycznym w liczbie ………………………………..

***Uwaga:******Kryterium oceny ofert, o którym mowa w pkt. 12.2 ppkt 3) SWZ****.*

*Należy podać liczbę Placówek zlokalizowanych w granicach administracyjnych m.st. Warszawy   
i spiętych Jednolitym Systemem Informatycznym ponad wymagane 6 zgodnie z Wykazem placówek. W przypadku wskazania w pkt 5 Formularza 6 Placówek, Zamawiający przyzna   
w powyższym kryterium oceny ofert 0 pkt. W przypadku zaoferowania mniejszej niż 6 liczby Placówek to niezależnie od złożenia oświadczenia wskazanego w pkt 3 Formularza oferty – oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.* ***W przypadku braku wskazania w pkt 5 Formularza oferty liczby Placówek*** *lub* ***w przypadku rozbieżności liczby Placówek wskazanych w pkt 5 Formularza oferty*** *oraz w* ***Wykazie placówek*** *Zamawiający przyjmie za właściwą liczbę Placówek z Wykazu placówek. Brak wypełnienia Wykazu placówek, wypełnienie niekompletne Wykazu placówek, złożenie Wykazu placówek bez opatrzenia go podpisem kwalifikowanym, lub niezłożenie Wykazu placówek będzie skutkowało odrzuceniem oferty.*

1. **Oferujemy realizację zamówienia** opisanego w SWZ nr  1/ITWL/0013/PN/2025/U na warunkach określonych w SWZ oraz na warunkach określonych w niniejszej ofercie.
2. **Informujemy, że jesteśmy zarejestrowani** w rejestrze dostępnym pod adresem: www…………., pod numerem…………………..**\*\*\*\*\*\*)**
   1. **Zobowiązujemy się do:**
3. w ramach wykonywania zamówieniadołożenia należytej staranności w wykonywaniu zamówienia.
4. zachowania poufności i nie przekazywania osobom trzecim materiałów i informacji uzyskanych   
   w trakcie realizacji zamówienia.
5. **Oświadczamy, że:**
   1. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń   
      i zobowiązujemy się do stosowania warunków w niej określonych,
   2. ceny jednostkowe poszczególnych pakietów będą stałe w okresie realizacji zamówienia,   
      z zastrzeżeniem waloryzacji opisanej w Projektowanych postanowieniach umowy stanowiących załącznik nr 10 do Specyfikacji Warunków Zamówienia,
   3. ceny jednostkowe zaoferowane w Formularzu cenowym, stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ uwzględniają wszystkie koszty realizacji zamówienia,
   4. jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres **90 dni** od daty, w której upływa termin składania ofert.
   5. Projektowane postanowienia umowy stanowiące załącznik nr 10 do SWZ, zostały przez nas zaakceptowane. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia  umowy na warunkach wskazanych w powyższym załączniku, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
   6. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO**\*\*\*\*\*)** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu **\*\*\*\*)**,
   7. wypełnimy, zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO**\*\*\*\*\*)** obowiązki informacyjne wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskamy na dalszym etapie niniejszego postępowania bądź realizacji zamówienia (o ile nasza oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza w niniejszym postępowaniu).
6. **Zastrzeżenie w sprawie tajemnicy przedsiębiorstwa zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych:**

Zastrzegamy jednocześnie, że informacje zawarte w załączniku nr ....................................... do oferty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16.04.1993 r.   
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2019 r. poz. 1010, 1649) i nie powinny być udostępniane.

1. **Podwykonawcy**

Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy sami tj. bez udziału podwykonawców/ przy udziale podwykonawców**\*)** w następującym zakresie ………………………………………………………………...

Dane podwykonawców ………………………………………………….. (należy podać o ile są znani na etapie składania oferty)

1. **Oferta składa się z:**
2. Formularza oferty wraz z Wykazem placówek podmiotu leczniczego dla m.st. Warszawy,
3. Formularza cenowego,
4. Inne (wymienić) .......................................................................................................................................

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

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

1. **Osobą do kontaktów** z Zamawiającym odpowiedzialną za prowadzenie postępowania ze

strony Wykonawcy jest: ...............................................................................................................................

tel. kontaktowy .............................................., e-mail ...................................................................................

**\*)** *niepotrzebne skreślić/wypełnić właściwe.*

**\*\*) *Art. 7. 1.*** *Użyte w ustawie określenia oznaczają:*

*1) mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,*

*2) mały przedsiębiorca – przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą.*

*3) średni przedsiębiorca – przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

**\*\*\*)** *dotyczy wykonawców*, *których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku vat do wartości netto oferty, tj. w przypadku: wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, importu usług lub importu towarów,   
z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku vat.*

**\*\*\*\*)** *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).*

**\*\*\*\*\*)** 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 dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

**\*\*\*\*\*\*)** Należy podać adres strony www, na której Zamawiający może bezpłatnie pobrać dokumenty rejestrowe Wykonawcy oraz numer, pod którym Wykonawca widnieje w rejestrze, o ile rejestr taki jest ogólnodostępny   
i bezpłatny.

**Załącznik nr 1:** Wykaz Placówek Podmiotu Leczniczego dla m.st. Warszawy w których będą realizowane usługi medyczne na …………….str. **\*)**

***Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym***