**Załącznik nr 2.15. do SWZ**

**Nr wew. postępowania 24/24**

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

**FORMULARZ OFERTY**

**Część nr 15 (Zadanie nr 15) dla terenu działania**

**KMP w Siedlcach ul. Starowiejska 66; 08-110 Siedlce**

**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: **24/24**

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 15**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | 68 |  |
| 2. | Tężec |  | 116 |  |
| 3. | Kleszczowe zapalenie opon mózgowych |  | 132 |  |
| 4. | Grypa |  | 136 |  |
| **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.

**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.

W przypadku zaoferowania czasu wykonywania usług krótszego niż 3 dni oferta podlegać będzie odrzuceniu.

**Zaznaczone odpowiedzi muszą być tożsame z informacjami zaznaczonymi w Oświadczeniu (dot. kryteriów wyboru nr 2 i nr 3) dot. obsługiwania policjantów i pracowników poza kolejnością oraz wykonywania usług pięć dni w tygodniu, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – wzór stanowi załącznik nr 6.2 do SWZ**

**PLACÓWKA w której będą świadczone usługi zlokalizowana jest w Siedlcach pod adresem:**

**.....................................................................................................................................................................................**

(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.

**UWAGA: Dla zadania nr 15 – miejsce świadczenia usługi musi znajdować się w miejscowości, w której znajduje się KMP w Siedlcach.**

**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 |  |

**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)