***Załącznik nr 2***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Niniejszą ofertę składa:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** | **Tel.** | **NIP** | **REGON** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**W przypadku złożenia oferty przez konsorcjum (oferta wspólna składana przez kilku wykonawców) w górnej części wypełnia ją „lider”/wykonawca, ustanowiony jako pełnomocnik. Poniżej zaś obowiązkowo należy wypełnić niniejsze zestawienie identyfikujące pozostałych wykonawców.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykonawca w konsorcjum (oferta wspólna) Nazwa firmy** | **Dane identyfikujące – adres, nr KRS, NIP, REGON….., adres e-mail** |
|  |  |  |
|  |  |  |

*W przypadku oferty składanej przez konsorcjum w pozycji „nazwa wykonawcy” Wykonawca wpisuje nazwę konsorcjum i nazwę pełnomocnika, w pozostałych pozycjach dotyczących „adresu wykonawcy” – dane Pełnomocnika konsorcjum.*

*W przypadku oferty wspólnej (konsorcjum) należy także wypełnić zestawienie tabelaryczne wskazując pełne nazwy wykonawców i ich adresy.*

Dane dotyczące ZamawiającegoEKO DOLINA Sp. z o. oŁężyce, Al. Parku Krajobrazowego 99 84-207 Koleczkowo

My niżej podpisani, będąc upoważnionymi do podpisania niniejszej oferty przez wymienionego powyżej Wykonawcę oświadczamy, że przeanalizowaliśmy i w pełni akceptujemy treść dokumentów tworzących Specyfikację Warunków Zamówienia.

Niniejszym przyjmujemy bez zastrzeżeń czy ograniczeń i w całości postanowienia zawarte w Specyfikacji warunków zamówienia oraz informujemy, że zdobyliśmy wszelkie niezbędne informacje do opracowania oferty i podpisania wynikającej z niej umowy.

Nawiązując do publikacji o przetargu w trybie podstawowym bez negocjacji w Biuletynie Zamówień Publicznych, zobowiązujemy się i gwarantujemy, bez zastrzeżeń czy ograniczeń, wykonanie zamówienia zgodnie z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym z załączonym wzorem umowy.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia, tj.: świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników „Eko Dolina” Sp. z o. o. za cenę (***z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku* - zasada zaokrąglenia – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę)**:

**Łączna cena netto za całość przedmiotu zamówienia:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLN\*\*,**

**Łączna cena brutto za całość przedmiotu zamówienia:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLN\*\*,**

**Zgodnie z Formularzem Cenowym, stanowiącym załącznik do oferty.**

**Wykonawca oświadcza, że będzie wykonywał przedmiot umowy w placówce medycznej pod adresem: ………… / w placówkach medycznych pod adresami ………….**

**Adres e-mail, na który Zamawiający będzie wysyłać korespondencję \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\***

**\*\* - wypełnia Wykonawca**

**Oświadczamy,** że dokonującym dostaw jest podatnik, o którym mowa wart. 15 ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług, u którego sprzedaż **jest/ nie jest\*\*\*** zwolniona od podatku na podstawie art. 113 ust. 1 i 9 ustawy o podatku od towarów i usług oraz, że dostawy **będą/ nie będą\*\*\*** objęte zwolnieniem, o którym mowa w art. 43 ust.1 pkt.2 lub art. 122 ustawy o podatku od towarów i usług.

**Termin realizacji zamówienia:**

Termin realizacji przedmiotu zamówienia: 24 miesiące od jej zawarcia.

**Nazwa banku i nr konta bankowego wskazanego na stronie https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka na które będą wysyłane płatności** ………………………………………………………………………………………………………………………………**\*\***

**Czy Wykonawca jest:**

1. **mikroprzedsiębiorstwem?**

□ TAK**\*\*\***

□ NIE**\*\*\***

**małym przedsiębiorstwem?**

□ TAK**\*\*\***

□ NIE**\*\*\***

**średnim przedsiębiorstwem ?**

□ TAK**\*\*\***

□ NIE**\*\*\***

**Innym?**

□ TAK**\*\***

□ NIE**\*\*\***

**Jeśli tak, to jakim? ………………………………………………………………**

**\*\*\* - niepotrzebne skreślić**

Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**.

Ustala się termin płatności do **30** dni od daty doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.

Osobą do kontaktów z Zamawiającym, odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest/są:

.................................................................................................................
tel. kontaktowy, faks: ....................................................................

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wszystkimi załącznikami stanowiącymi jej integralną część i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń, a także akceptujemy warunki zamówienia.

**Oświadczamy**, że gwarantujemy i ponosimy pełną odpowiedzialność za przestrzeganie **przepisów dotyczących ochrony danych osobowych**, a w szczególności za przetwarzanie danych osobowych pracowników, Konsorcjantów, podwykonawców, osób trzecich biorących udział w realizacji niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Termin związania ofertą zgodny z zapisami Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Nie zamierzamy/zamierzamy**\*\*\*** powierzyć podwykonawcom wykonanie niniejszego zamówienia w części:

|  |  |
| --- | --- |
| LP. | Nazwa części przedmiotu zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom oraz nazwy ewentualnych podwykonawców (jeżeli są już znani)**\*\*** |
|  |  |

**\*\*** - **wypełnia Wykonawca**

\*\*\* - niepotrzebne skreślić

Zastrzeżenie Wykonawcy:

 **Żadna z informacji zawarta w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\***/**wskazane w tabeli poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\*** i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) |
| Od | Do |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 11.09.2019r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz.U.2024.1320): **Nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, **jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert** lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, **zastrzegł,** że nie mogą być one udostępniane **oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.** Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Przepis stosuje się odpowiednio do konkursu”.

Inne informacje Wykonawcy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Załącznik nr 2A***

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania/usługi | Szacowana ilość badań w okresie trwania umowy | Cena netto za 1 badanie (w zł) | Cena netto za łączną ilość badań (w zł)(kol. 3\*4) | Stawka VAT | Cena brutto Z VAT |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Morfologia krwi + OB. | 370 |  |  |  |  |
| 2 | Mocz  | 10 |  |  |  |  |
| 3 | Audiogram,  | 370 |  |  |  |  |
| 4 | Lipidogram | 370 |  |  |  |  |
| 5 | RTG klatki piersiowej – duży obraz | 350 |  |  |  |  |
| 6 | AspAT, ALAT | 370 |  |  |  |  |
| 7 | EKG bez opisu | 60 |  |  |  |  |
| 8 | Glukoza  | 370 |  |  |  |  |
| 9 | Badanie okulistyczne | 200 |  |  |  |  |
| 10 | Badanie neurologiczne | 165 |  |  |  |  |
| 11 | Badanie laryngologiczne | 370 |  |  |  |  |
| 12 | Badania psychologiczne dla kierowców zawodowych | 9 |  |  |  |  |
| 13 | Badanie psychologiczne dla kierowcy pojazdu służbowego | 50 |  |  |  |  |
| 14 | Badania psychologiczne dla operatorów sprzętu i wózków widłowych | 70 |  |  |  |  |
| 15 | Badania psychologiczne do pracy na wysokości, operator, pojazd służbowy  | 20 |  |  |  |  |
| 16 | Badanie psychologiczne kierowca zawodowy, operator | 20 |  |  |  |  |
| 17 | Badanie psychologiczne do pracy na wysokość (+operator) | 20 |  |  |  |  |
| 18 | Badanie psychologiczne do pracy na wysokości | 20 |  |  |  |  |
| 19 | Badanie przydatności zawodowej kierowcy | 10 |  |  |  |  |
| 20 | Badanie psychologiczne operator + pojazd służbowy | 20 |  |  |  |  |
| 21 | Badanie na kwalifikowanego pracownika ochrony (psycholog, orzecznik, okulista, psychiatra) + pojazd służbowy | 8 |  |  |  |  |
| 22 | Badanie na kwalifikowanego pracownika ochrony (psycholog, orzecznik, okulista, psychiatra) | 8 |  |  |  |  |
| 23 | Badanie przydatności zawodowej: wysokość, operator, pojazd służbowy | 20 |  |  |  |  |
| 24 | Widzenie zmierzchowe i wrażliwość olśnienia | 100 |  |  |  |  |
| 25 | Orzeczenie lekarza medycyny pracy | 420 |  |  |  |  |
| 26 | Wizytacja stanowisk pracy przez Lekarza Medycyny Pracy (zł/godz.) | 10 |  |  |  |  |
| 27 | Uczestnictwo Lekarza Medycyny Pracy w pracach Komisji BHP (zł/godz.) | 12 |  |  |  |  |
| 28 | Podpisanie (akceptacja) oceny ryzyka zawodowego  | 45 |  |  |  |  |
| 29 | Szczepienia ochronne WZWA | 180 |  |  |  |  |
| 30 | Szczepienia ochronne dur brzuszny | 120 |  |  |  |  |
| 31 | Szczepienia ochronne tężec | 220 |  |  |  |  |
| 32 | Badanie poziomu przeciwciał anty HBs | 10 |  |  |  |  |
| 33 | Wykonanie szczepienia (zastrzyk) | 500 |  |  |  |  |
| 34 | Badanie spirometryczne | 370 |  |  |  |  |
| 35 | Szczepienie przeciwko grypie | 40 |  |  |  |  |
| 36 | Kwalifikacja lekarska do szczepienia | 350 |  |  |  |  |
| SUMA[[1]](#footnote-1) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 ***Załącznik nr 3***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 125 UST. 1 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

**DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................

Numer telefonu: ………………….… e-mail:……………..………

Regon: ……………………………………… NIP: ..................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników „Eko Dolina” Sp. z o. o.,** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że na dzień składania ofert **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1 lit. a), b), c), d), e), f), g), h) ustawy PZP.

Oświadczam, że na dzień składania ofert **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 2 lit. a), b) c) 3, 4, 5, 6, 7 ustawy PZP.

Oświadczam, że na dzień składania ofert **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie w art. 7 ust. 1 pkt 1), 2), 3) ustawy z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

Oświadczam, że na dzień składania ofert zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………….**\*** ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1* pkt 1 lit. a), b), c), d), e), f), g), h) *lub art. 109 ust.1 pkt. 2, lit. a), b) i c), 3, 4, 5, 6, 7).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………**\***

**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.

Nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą , publikowanej po adresem <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/> ………………………………………………………………………………….**\***

1. Należy przenieść sumę do Formularza Ofertowego – załącznika nr 1 do SWZ [↑](#footnote-ref-1)