**Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Oferty**

**FORMULARZ OFERTY**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **10/PN/2019** |

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Utylizacyjny Spółka z o.o.**

**80-180 Gdańsk**

**ul. Jabłoniowa 55**

**POLSKA**

**2. WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez[[1]](#footnote-1):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Nr faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**4. Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

* 1. zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia,
  2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia,
  3. cena Oferty za realizację niniejszego zamówienia wynosi bez podatku VAT (netto): ............................... PLN (słownie PLN: ......................................................
  4. podana cena obejmuje wszystkie koszty niezbędne do należytego wykonania niniejszego zamówienia,
  5. niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni,
  6. akceptuję(emy) bez zastrzeżeń wzór umowy przedstawiony w Części II SIWZ,
  7. składam(y) niniejszą ofertę [we własnym imieniu] / [jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia],
  8. nie uczestniczę(ymy) jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia,
  9. na podstawie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych ( Dz. U. z 2018 poz. 1986 ze zmianami), [żadne z informacji zawartych w ofercie nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji / wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji** | **Strony w ofercie**  **(wyrażone cyfrą)** | |
| **od** | **do** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

* 1. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]:

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części zamówienia** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |

11) Wybór mojej/naszej oferty nie będzie/będzie\* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,

*\* w przypadku potwierdzenia, iż wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Wykonawca winien złożyć dodatkowe oświadczenie dotyczące:*

*- wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (należy wskazać nazwę, która znajdzie się później na fakturze),*

*- wskazanie wartości tego towaru lub usług bez kwoty podatku*

12) otrzymałem(liśmy) konieczne informacje do przygotowania oferty.

13) oferujemy ………………..% zniżki na usługi w ramach stomatologii zachowawczej i chirurgicznej

**PODPISY:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 2 – Formularz cenowy**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

**Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego 10/PN/2019**

* + - 1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Utylizacyjny Spółka z o.o.**

**80-180 Gdańsk**

**ul. Jabłoniowa 55**

**POLSKA**

1. **WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Zestawienie cenowe dla oferowanego przedmiotu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ryczałtowa stawka miesięczna za 1 uprawnionego do korzystania z usług** | **Okres w miesiącach** | **Ilość osób uprawnionych** | **Wartość netto w skali miesiąca** | **Wartość netto oferty** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto oferty** |
| **1** | **2** | **3** | **4 (1x3)** | **5(2x4)** | **6** | **7(5+6))** |
|  | **48** | **260** |  |  |  |  |

**4. PODPIS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 3 – Wzór oświadczenia o spełnieniu warunków udziału w postepowaniu i braku podstaw do wykluczenia**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **10/PN/2019** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Utylizacyjny Spółka z o.o.**

**80-180 Gdańsk**

**ul. Jabłoniowa 55**

**POLSKA**

**WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 tekst jednolity) zwanej dalej ustawa Pzp,**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki***

oświadczam/oświadczamy, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 i pkt 8 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

**PODPIS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 4 - wzór pisemnego zobowiązania podmiotu do udostępnienia zasobów**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **10/PN/2019** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Utylizacyjny Spółka z o.o.**

**80-180 Gdańsk**

**ul. Jabłoniowa 55**

**POLSKA**

**2. udostępniający zasoby:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ja……………………………………………………\*, działając w imieniu ……………………………..\*\* zobowiązuję się do oddania …………………………….\*\*\*

do dyspozycji zasobów dotyczących\*\*\*\* …………………………………… na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia na ***Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki***

\* - podać imię i nazwisko osoby składającej zobowiązanie

\*\* - podać nazwę podmiotu trzeciego udostępniającego zasoby

\*\*\* - podać nazwę Wykonawcy, któremu udostępnia się zasoby

\*\*\*\* - **odpowiednio wpisać:** : **wiedzy i doświadczenia** i/lub **potencjału technicznego** i/lub **osób zdolnych do wykonania zamówienia** i/lub **zdolności finansowych**

*Uwaga: Jeśli osoba wypełniająca załącznik nr 6 występuje tylko w swoim imieniu, wpisuje swoje imię i nazwisko oraz podpisuje się pod zobowiązaniem. W imieniu podmiotów gospodarczych udostępniających niezbędne doświadczenie do wykonania zamówienia zobowiązanie wypełniają osoby umocowane prawnie mające prawo występowania w imieniu tego podmiotu.*

**PODPIS UDOSTĘPNIAJĄCEGO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego oświadczenia w imieniu udostępniającego | Pieczęć(cie) udostępniającego | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 5– dane adresowe placówek w których realizowany będzie przedmiot zamówienia**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **10/PN/2019** |

**1. Zamawiający:**

Zakład Utylizacyjny Sp. z o.o. , ul. Jabłoniowa 55, 80-180 Gdańsk

**2. WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |

**Wykaz placówek wyposażonych w**

- gabinety lekarskie medycyny pracy ( w tym wykonywanie badań psychologicznych),   
- gabinety lekarskie konsultacji specjalistycznych   
- punkt poboru materiału (np. krew, mocz) do badań laboratoryjnych,   
- pracownia RTG

realizujących usługi objęte niniejszym zamówieniem, w tym w szczególności:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | **usługa** | **Adres placówki** |
| 1. | Badania z zakresu medycyny pracy |  |
| 2. | Psychotesty |  |
| 3. | Laboratorium |  |
| 4. | RTG |  |
| 5. | USG |  |

1. **PODPISY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)** | **Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)** | **Pieczęć(cie) Wykonawc(ów)** | **Miejscowość**  **i data** |
|  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 6** – **oświadczenie o spełnieniu obowiązku informacyjnego**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **10/PN/2019** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Utylizacyjny Spółka z o.o.**

**80-180 Gdańsk**

**ul. Jabłoniowa 55**

**POLSKA**

**WYKONAWCA:**

**Niniejsze oświadczenie zostaje złożona przez[[2]](#footnote-2):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Niniejszym oświadczam, że wszystkim osobom uczestniczącym w niniejszym postępowaniu przedstawiono następujące informacje:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informujmy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Utylizacyjny Sp. z o.o, ul. Jabłoniowa 55, 80-180 Gdańsk;
2. inspektorem ochrony danych osobowych w Zakładzie Utylizacyjnym jest Pani Anna Borowska-Ślęczka, kontakt: [iod@zut.com.pl](mailto:iod@zut.com.pl);

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na ***Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki Sygnatura 10/PN/2019***

1. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 tekst jednolity), dalej „ustawa Pzp”;
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
3. obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem   
   w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
4. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
5. posiada Pani/Pan:  
   −    na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;  
   −    na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;  
   −    na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;   
   −    prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
6. nie przysługuje Pani/Panu:  
   −    w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;  
   −    prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;  
   −    na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

**PODPIS(Y):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 7 – Wzór oświadczenia o posiadaniu rachunku bankowego związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej**

**DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu Medycyny Pracy, tj. badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, szkolenia pracowników w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz porad lekarskich i profilaktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **10/PN/2019** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Utylizacyjny Spółka z o.o.**

**80-180 Gdańsk**

**ul. Jabłoniowa 55**

**POLSKA**

**WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

W związku z informacją, zawartą w I części SIWZ, iż Zamawiający stosuje rozliczenie z zastosowaniem mechanizmu podzielonej płatności, o którym mowa w ustawie z dnia 15 grudnia 2017r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 stycznia 2018 r, ( Dz. U. 2018 poz. 62) oświadczam/my

że posiadamy rachunek bankowy związany z prowadzeniem działalności gospodarczej o numerze

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

*pełny numer rachunku*

w banku ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*nazwa banku*

**PODPIS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Wykonawca modeluje tabelę poniżej w zależności od swego składu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykonawca modeluje tabelę poniżej w zależności od swego składu. [↑](#footnote-ref-2)