ROZDZIAŁ II.1 – FORMULARZ OFERTY

|  |  |
| --- | --- |
| TO.260.17DP.2022*Nr postępowania* | **OFERTA** |

Do:

Instytutu Techniki Budowlanej

ul. Filtrowa 1

00-611 Warszawa

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na „**ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ*”***,

MY NIŻEJ PODPISANI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*{nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawcy/ów; KRS, REGON, NIP w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum}*

status przedsiębiorstwa [[1]](#footnote-1): 🞎 mikro 🞎 małe 🞎 średnie 🞎duże

*(zaznaczyć właściwe dla Wykonawcy)*

1. SKŁADAMY OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. OŚWIADCZAM, iż wybór mojej oferty *będzie/nie będzie* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego wynikającego z ustawy o podatku VAT.

*Wskazuje następującą nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, wskazuje ich wartość bez kwoty podatku ,*wskazuje stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z moją wiedzą, będzie miała zastosowanie. *:*

 *………………………………………………………….......................*…….

1. **OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą CENĘ OFERTOWĄ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pakiet 1 (medycyna pracy)** | **Pakiet 2** | **Pakiet 3**  | **Pakiet 4**  |
| **Miesięczna cena za 1 osobę***(za pracownika)* | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… |
| **Miesięczna dopłata za jednego członka rodziny pracownika** |  | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………... | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… |
| **Miesięczna dopłata za wszystkich członków rodziny pracownika** |  | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… |
| **Miesięczna cena za 1 osobę***(za byłego pracownika)* |  | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… |
| **Miesięczna dopłata za jednego członka rodziny byłego pracownika** |  | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… |
| **Miesięczna dopłata za wszystkich członków rodziny byłego pracownika** |  | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… | ……………………………… zł *słownie:*……………………………………………………… |

1. **Zapewniamy minimalny wykaz świadczeń zgodny z SWZ. Ponadto oferujemy dodatkowo następujące świadczenia:**

| **Grupa oferowanych świadczeń** | **Wykaz** |
| --- | --- |
| **Pakiet 2** | **Pakiet 3**  | **Pakiet 4**  |
| **Konsultacje lekarzy specjalistów:***Prosimy wypisać dodatkowo oferowanych specjalistów* |  |  |  |
| **Zabiegi ambulatoryjne:***Prosimy wypisać dodatkowo oferowane zabiegi* |  |  |  |
| **Badania laboratoryjne:***Prosimy wypisać dodatkowo oferowane badania* |  |  |  |
| **Diagnostyka obrazowa:***Prosimy wypisać dodatkowo oferowane badania*  |  |  |  |
| **Pozostałe badania***Prosimy wypisać dodatkowo oferowane badania* |  |  |  |

1. **Oferujemy następujące fakultatywne klauzule:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzula** | **Warunki wspólne dla Pakietów 2, 3 i 4**  |
| **Gwarancja dostępności wizyt lekarzy specjalistów** | max. ……………. dni |
| **Konsultacje profesorskie** | [ ]  TAK, w Pakiecie 4[ ]  TAK, w Pakiecie 3 i 4[ ]  TAK, w Pakiecie 2, 3 i 4 | [ ]  NIE |
| **Objęcie dzieci pracownika w pakiecie partnerskim lub rodzinnym bez ograniczenia wiekowego** | [ ]  TAK, brak limitu wiekowego | [ ]  NIE |
| **Honorowanie skierowań od lekarzy spoza sieci placówek Wykonawcy** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
|  | **Warunki rozszerzenia dla Pakietu 3**  |
| **Zniżka na usługi stomatologii zachowawczej w Pakiecie 3**  | ……………. % zniżki |
|  | **Warunki rozszerzenia dla Pakietu 4**  |
| **Zniżka na usługi stomatologii zachowawczej w Pakiecie 4** | ……………. % zniżki |
| **Zwiększenie limitu zabiegów rehabilitacji ambulatoryjnej w roku w Pakiecie 4**  | [ ]  TAK, limit 40 zabiegów[ ]  TAK, limit 50 zabiegów[ ]  TAK, bez limitu | [ ]  NIE |

*UWAGA! – przy braku wpisu w danej pozycji Zamawiający uzna to za brak deklaracji objęcia danej klauzuli ochroną ubezpieczeniową*

1. **Oferujemy bezgotówkowy dostęp do następującej liczby placówek (zarówno swoich jak i partnerów medycznych):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna liczba placówek medycznych dostępnych w Warszawie****(UWAGA! Jest to kryterium oceny ofert, zgodnie z pkt. 18.2.5 SWZ)** | ……………………..………… |
| **Łączna liczba placówek medycznych dostępnych na terenie Polski** | ……………………..………… |

***Do oferty należy dołączyć wykaz placówek medycznych na terenie Warszawy wraz ze wskazaniem, które placówki spełniają wymóg określony w punkcie 7.1.1 OPZ***

***Do oferty należy dołączyć wykaz placówek medycznych na terenie Polski wraz ze wskazaniem, które placówki spełniają wymóg określony w punkcie 7.1.2 , 7.1.3 i 7.1.4 OPZ***

1. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do wykonania zamówienia w terminie określonym w SWZ.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY sami\*\* / z udziałem następujących firm podwykonawców (proszę podać)……………………………………………….., którzy wykonywać będą następujące części zamówienia\*\*: ........................................................................................................................
4. ZOBOWIĄZUJEMY się do zatrudnienia minimum 2 pracowników zatrudnionego na umowę o pracę, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020r. poz. 1320ze zm.), który wykonywać będzie czynności związane z realizacją zamówienia.
5. AKCEPTUJEMY warunki płatności określone przez Zamawiającego w projektowanych postanowieniach umowy.
6. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie, oraz w dokumentach złożonych wraz z ofertą, na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ - niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. UWAŻAMY SIĘ za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w pkt. 13.1 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
8. OŚWIADCZAMY, że wypełnimy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
9. ZAŁĄCZNIKAMI do niniejszej oferty są:

- formularz oświadczenia o niepodleganiu wykluczeniu i spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

*- formularz oświadczenia dotyczącego zakresu wykonywanego zamówienia, zgodnie z art. 117 ust 3 ustawy Pzp[[2]](#footnote-2)*

*- Wykaz placówek na terenie Warszawy*

*- Wykaz placówek na terenie Polski*

**INFORMACJA DLA WYKONAWCY:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy **kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\*

\*\* - niepotrzebne skreślić.

**ROZDZIAŁ II.2**

|  |  |
| --- | --- |
| TO.260.17DP.2022 | **OŚWIADCZENIE****o braku podstaw do wykluczenia i spełnieniu warunków udziału w postępowaniu** |

**MY NIŻEJ PODPISANI**[[3]](#footnote-3)

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

działając w imieniu i na rzecz

*{nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawcy }*

składając ofertę w postępowaniu o zamówienie publiczne nr **TO.260.17DP.2022** prowadzonym w trybie podstawowym p.n. ***„*Świadczenie usług ochrony zdrowia z zakresu medycyny pracy oraz innych usług medycznych dla obecnych i byłych pracowników Instytutu Techniki Budowlanej oraz członków ich rodzin w formie programu opieki medycznej*”*** oświadczamy, że **spełniamy warunki udziału w postępowaniu** wskazany w punkcie 9 Rozdziału I SWZ oraz **nie podlegamy wykluczeniu**:

a) z przedmiotowego postępowania na podstawie art. 108 ust 1 oraz art. 109 ust 1 pkt 1 oraz 4-10 ustawy Pzp,

b) z przedmiotowego postępowania na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**Ponadto oświadczamy jak poniżej[[4]](#footnote-4):**

1. Oświadczamy, że zachodzą w stosunku do nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród ww. wymienionych).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze[[5]](#footnote-5):

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

1. Oświadczamy , że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego polegamy na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………………………………………

w następującym zakresie …………………………………………………………………………………………………………… (*wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu*).

**ROZDZIAŁ II.3**

|  |  |
| --- | --- |
| **TO.260.17DP.2022**Nr postępowania | **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego.** |

**MY NIŻEJ PODPISANI**

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

działając w imieniu i na rzecz

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

 {nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawcy/ów}

Niniejszym oświadczamy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania złożonym wraz z ofertą w dniu ……………………

ROZDZIAŁ II.4

|  |  |
| --- | --- |
| **TO.260. 17DP.2022***Nr postępowania* | **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZAKRESU WYKONYWANEGO ZAMÓWIENIA,****zgodnie z art. 117 ust 3 ustawy Pzp** |

**MY NIŻEJ PODPISANI**[[6]](#footnote-6) :

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

działając w imieniu i na rzecz

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

(*nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

w związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie podstawowym na *„***ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ*”*** zgodnie z art. 117 ust 3 ustawy Pzp oświadczamy iż następujące zakresy wykonywanych usług objętych zezwoleniem o którym mowa w punkcie 9.1 Tomu I SWZ będą wykonywane przez następujących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Wykonawcy tworzącego Konsorcjum | Zakres wykonywanych usług (zakresu ubezpieczenia) w ramach realizacji przedmiotu zamówienia |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Oświadczenie załączane w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia [↑](#footnote-ref-2)
3. Uwaga: w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa odrębnie każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Poszczególne oświadczenia składane/podpisane wyłącznie w przypadku ziszczenia się okoliczności w stosunku do Wykonawcy [↑](#footnote-ref-4)
5. Wykonawca może załączyć również stosowne dokumenty. [↑](#footnote-ref-5)
6. Oświadczenie składane tylko w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

 \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)