**Załącznik nr 3 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie |  |
| Adres Wykonawcy: kod, miejscowość ulica, nr lokalu |  |
| Nr telefonu:  |  |
| E-mail: |  |
| REGON: |  |
| NIP:  |  |

**Państwowy Instytut Geologiczny –**

**Państwowy Instytut Badawczy**

**00-975 Warszawa, ul. Rakowiecka 4**

**O F E R T A**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu, sygn. NZ-240-46/2018 na:

|  |
| --- |
| **Usługi opieki medycznej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin** |

My niżej podpisani działając w imieniu i na rzecz:

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

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) (w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy(firmy) i adresy wszystkich tych Wykonawców)*

* 1. Oferujemy świadczenie usług objętych przedmiotem zamówienia, określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

**brutto ………………………… słownie: …………………………………………………………**

*wyliczoną zgodnie z załączonym do oferty Formularzem cenowym* .

*Cena brutto Razem. Za realizację całości przedmiotu zamówienia, służy wyłącznie porównaniu ofert i możliwości dokonania wyboru oferty najkorzystniejszej. Nie stanowi maksymalnej wartości zobowiązania Zamawiającego.*

* 1. Udostępnimy Zamawiającemu, przez cały okres realizacji zamówienia dostęp do platformy internetowej do zgłaszania m.in. zmian w zakresie pakietów, osób korzystających ze świadczenia oraz zgłaszania nowych osób uprawnionych do korzystania ze świadczenia: **TAK\* / NIE\***

*\*niepotrzebne skreślić*

* 1. Oświadczamy, że:
1. Usługi będące przedmiotem zamówienia będziemy świadczyć przez okres 24 miesięcy począwszy od dnia zawarcia umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia 1 września 2018 r.
2. Akceptujemy warunki płatności określone w SIWZ.
3. Zapoznaliśmy się z treścią SIWZ (a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia i z postanowieniami umowy, oraz ze zmianami oraz wyjaśnieniami treści SIWZ) i wykonamy zamówienie na warunkach i zasadach w nich określonych przez Zamawiającego, oświadczamy iż oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1 do SIWZ.
4. Otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w SIWZ w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 2016 r.,) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. Oświadczamy, iż informacje i dokumenty zawarte w ofercie na stronach od …. do …. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ujawniane pozostałym uczestnikom postępowania (wypełnić jeśli dotyczy).

*(Zamawiający wskazuje, iż zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Pzp Wykonawca nie może zastrzec informacji,
o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy Pzp).*

* 1. Zamówienie wykonamy samodzielnie\*\* **/** część zamówienia  zamierzamy powierzyć podwykonawcom\*\* (w tym przypadku należy wypełnić poniższą tabelę).

|  |  |
| --- | --- |
| *Firma, adres podwykonawcy* | *Zakres przewidywany do powierzenia podwykonawcy* |
|  |  |
|  |  |

*\*\*niepotrzebne skreślić*

* 1. Jesteśmy/nie jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oświadczenia lub dokumentu | Adres internetowy na której dokument lub oświadczenie dostępne jest w formie elektronicznej, wydający urząd lub organ/numer i nazwa postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Informujemy o dostępności wymaganych w SIWZ oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy Pzp:
	2. Świadom (-i) odpowiedzialności karnej oświadczam (-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).
	3. Wszelką korespondencję w dotyczącą niniejszego zamówienia należy kierować na:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Instytucja  |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

* 1. Na ..... kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną cześć są:
	2. ……………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 3.1. do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z podanymi niżej cenami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto za 1 abonament w skali 1 miesiąca****(PLN)** |
| **1** | **2** | w tym: | **3**cena łączna abonamentu obejmująca „medycynę pracy” i „usługi medyczne” |
| **1** | **WARIANT I** (podstawowy)**Pakiet Indywidualny dla pracownika** | Cena świadczenia „medycyna pracy”:……………………... | ……….. |
| Cena świadczenia „usługi medyczne”:……………………... |
| **2** | **WARIANT I** (podstawowy)**Pakiet Partnerski dla pracownika oraz współmałżonka/partnera życiowego lub dziecka (1+1 os.)** | Cena świadczenia „medycyna pracy”:……………………... | ……….. |
| Cena świadczenia „usługi medyczne”:……………………... |
| **3** | **WARIANT I** (podstawowy)**Pakiet Rodzinny dedykowany dla pracownika, współmałżonka/partnera życiowego oraz dowolnej liczby dzieci** | Cena świadczenia „medycyna pracy”:……………………... | ……….. |
| Cena świadczenia „usługi medyczne”:……………………... |
| **4** | **WARIANT II** (rozszerzony)**Pakiet Indywidualny dla pracownika** | Cena świadczenia „medycyna pracy”:……………………... | ……….. |
| Cena świadczenia „usługi medyczne”:……………………... |
| **5** | **WARIANT II** (rozszerzony)**Pakiet Partnerski dla pracownika oraz współmałżonka/partnera życiowego lub dziecka (1+1 os.)** | Cena świadczenia „medycyna pracy”:……………………... | ……….. |
| Cena świadczenia „usługi medyczne”:……………………... |
| **6** | **WARIANT II** (rozszerzony)**Pakiet Rodzinny dedykowany dla pracownika, współmałżonka/partnera życiowego oraz dowolnej liczby dzieci** | Cena świadczenia „medycyna pracy”:……………………... | ……….. |
| Cena świadczenia „usługi medyczne”:……………………... |
| **RAZEM** | …………………..\* |

\*Cena brutto Razem, służy wyłącznie porównaniu ofert i możliwości dokonania wyboru oferty najkorzystniejszej. Nie stanowi maksymalnej wartości zobowiązania Zamawiającego.

Cenę Razem należy przenieść do Formularza „Oferta”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**I. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

*(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy/ wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na **usługi opieki medycznej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin,** spełniamy warunki o których mowa w pkt 7 SIWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**II. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW\***:

Oświadczamy, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt 7 SIWZ*,* polegamy na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………….……………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

* **Wypełnić i załączyć do oferty**

**( w przypadku nie poleganiu na zasobach innych podmiotów zaleca się wpisać – „nie dotyczy”)**

**III. OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

My niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

 *(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na **usługi opieki medycznej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin** 1)\* nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 13-22 oraz ust. 5 pkt 1) ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. 2017, poz. 1579 ze zm.).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

2)\* zachodzą w stosunku do nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczamy, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjęliśmy następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………….……

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**IV. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*:**

Oświadczamy, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ……………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oświadczenie składa każdy z wykonawców oddzielnie.

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA**

My niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

 *(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na **usługi opieki medycznej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin** posiadamy następujące doświadczenie na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu o którym mowa w pkt 7.3.1. SIWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | Podmiot (nazwa, adres) na rzecz, którego były świadczone usługi | Wartość zrealizowanej usługi | Daty wykonania(dd/mm/rrrr - dd/mm/rrrr |
| 1. | Zakres usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Usługa świadczona dla: ………..osób | Firma:…………………………Adres:…………………………. | …………….zł brutto | od …………do …………. |
| 2. | Zakres usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Usługa świadczona dla: ………..osób | Firma:…………………………Adres:…………………………. | …………….zł brutto | od …………do …………. |

*W załączeniu dokumenty potwierdzające, że wyżej wyszczególnione usługi zostały wykonane należycie.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

Nazwa (firma) wykonawcy albo wykonawców

ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

**WYKAZ PLACÓWEK DOSTĘPNYCH WYKONAWCY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**usługi opieki medycznej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin**

oświadczamy, że na potrzeby realizacji zamówienia dysponujemy nw. palcówkami, w celu wykazania spełniania warunku określonego w pkt. 7.3.2 SIWZ oraz kryterium oceny ofert o którym mowa w pkt 16.5 SIWZtj:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miasto** | **Adres** | **Podstawa dysponowania****własny\*\* / udostępniony\*\*** |
| **Warszawa** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Gdańsk** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Szczecin** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Kraków** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Wrocław** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Kielce** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Sosnowiec** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Lublin** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |

*\*Wykonawca dodaje wiersze wg. potrzeby*

*\*\* należy wpisać właściwą podstawę dysponowania*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**OŚWIADCZENIE**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

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

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na:

**usługi opieki medycznej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin**

□ należymy do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1579 ze zm.), w skład której wchodzą następujące podmioty\*: ………………………….

1…………………………………..

2…………………………………...

□ nie należymy do grupy kapitałowej\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

\* zaznaczyć odpowiednie

1. Zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dot. definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw:

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 przedsiębiorstwamii 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)