**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**

**ul. Rakowiecka 4**

**00-975 Warszawa**

**O F E R T A**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu, sygn. NZP-240-39/2020 na:

|  |
| --- |
| **Świadczenie opieki zdrowotnej dla pracowników PIG-PIB oraz członków 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**:**

………………………………..….zł brutto (słownie:…………………………………………….zł)

*wyliczoną zgodnie z załączonym do oferty Formularzem cenowym – stanowiącym załącznik nr 3.1. do SIWZ.*

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:
2. Zapoznaliśmy się z treścią SIWZ, a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia i z istotnymi postanowieniami umowy oraz ze zmianami i wyjaśnieniami treści SIWZ oraz, że wykonamy zamówienie na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego;
3. 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.
4. Przedmiot Umowy realizowany będzie zgodnie z zapisami Istotnych postanowień umowy.
5. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany zgodnie z terminem określonym w pkt. 4 SIWZ.
6. Akceptujemy warunki płatności określone w SIWZ.
7. 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.
8. 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).

**UWAGA:** *W przypadku gdy Wykonawca zastrzegł, że informacje stanowią tajemnice przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane musi wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.*

*(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. Przed zawarciem umowy wniesiemy zabezpieczenie należytego umowy w wysokości 3% maksymalnej wartości zobowiązania Zamawiającego z tytułu realizacji niniejszej umowy brutto, o której mowa w § 5 ustęp 1 Istotnych postanowień umowy, w formie ……………………
2. 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)
2. 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:

|  |  |
| --- | --- |
| 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. 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.).
2. 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:
   1. ……………………………
   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) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy(firmy)*

Oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia, określonego w ogłoszeniu - specyfikacji istotnych warunków zamówienia zgodnie z nw. 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 |
|  |  |  |  |

**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 **Świadczenie opieki zdrowotnej dla pracowników PIG-PIB oraz członków rodzin (sygn. postępowania: NZP-240-39/2020),** 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 **Świadczenie opieki zdrowotnej dla pracowników PIG-PIB oraz członków rodzin (sygn. postępowania: NZP-240-39/2020)**

1)\* nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
na podstawie art. 24 ust. 1 oraz ust. 5 pkt 1) ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019, poz. 1843 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 USŁUG**

My niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

*(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na:

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na **Świadczenie opieki zdrowotnej dla pracowników PIG-PIB oraz członków rodzin** posiadamy następujące doświadczenie na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu o którym mowa w pkt 7.2.1. 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**

**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

**Świadczenie opieki zdrowotnej dla pracowników PIG-PIB oraz członków rodzin**

oświadczamy, że na potrzeby realizacji zamówienia dysponujemy nw. palcówkami, w celu wykazania spełniania warunku określonego w pkt. 7.2.2 SIWZ oraz kryterium oceny ofert o którym mowa w pkt 16.5 SIWZ,tj.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: |
|  |  |  |  |

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)