# FORMULARZ OFERTOWY

# Nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

Osobą uprawnioną do kontaktu z zamawiającym jest: …………………………………..

tel.:…………….…………………….… e- mail ……………………………..………………

Numer, którym Wykonawca posługuje się w związku z prowadzoną działalnością (np.: NIP/VAT, REGON, PESEL, KRS)…………………………….………………………

Adres elektronicznej bazy danych, w której zamieszczone są informacje związane z prowadzoną działalnością (KRS, CEIDG) ………….……………………………………

Numer konta bankowego, na które ma wpływać wynagrodzenie

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

Wykonawca **jest/nie jest**\*mały/średnim\*przedsiębiorcą.

Przystępując do udziału w przetargu nieograniczonym na ***Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy wraz z pakietami medycznymi dla pracowników Gminy Miasto Marki*** ,oświadczam, że:

1. Zapoznałem się ze treścią Ogłoszenia wraz ze wszystkimi załącznikami do niego, akceptuję jego treść i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
2. Akceptuję wzór umowy stanowiący załącznik do Ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią Ogłoszenia oraz wszystkimi załącznikami do niego za cenę:

Kryterium nr 1 – Cena brutto

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczna ryczałtowa cena brutto za 1 pracownika** |
| Opieka medyczna w zakresie medycyny pracy **(C1)** |  |
| Opieka medyczna dla pracowników **(C2)** |  |
| **RAZEM** |  |

Kryterium nr 1 – Cena brutto

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczna ryczałtowa cena brutto za pakiet** |
| Pakiet partnerski |  |
| Pakiet rodzinny |  |
| Pakiet senior  |  |
| **RAZEM** |  |

Kryterium nr 2 - Liczba własnych placówek medycznych zlokalizowanych w odległości nie większej niż 25 km od siedziby Zamawiającego

(powyżej 5 wymaganych w warunku)

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Placówki medyczne własne działające 24h/7 dni tygodniu (nazwa + adres)** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Lp.** | **Placówki medyczne własne z rehabilitacją (nazwa + adres)** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Lp.** | **Placówki medyczne własne (nazwa + adres)** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |
| 11. |  |
| 12. |  |
| 13. |  |
| 14. |  |
| 15. |  |

**Kryterium nr 3** - Łączna liczba placówek własnych Wykonawcy oraz wszystkich placówek będących w dyspozycji wykonawcy w kraju (PK): ………………………………………(należy wpisać ilość).

Do oferty załączam wykaz powyższych placówek / Adres strony internetowej przedstawiającej wszystkie placówki będące w dyspozycji wykonawcy w kraju: …………………………………………………………………………………………\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Opis** | Należy zaznaczyć właściwą odp. |
| **Kryterium nr 4** | Możliwość przesyłania skierowań na badania medycyny pracy w formie elektronicznej (S) | TAK / NIE |
| **Kryterium nr 5** | Posiadanie systemu do sprawdzania ważności orzeczeń lekarskich (OL) | TAK / NIE |
| **Kryterium nr 6** | Udostępnianie systemu/aplikacji umożliwiającego sprawdzenie przez pacjenta za pomocą Internetu historii odbytych wizyt lekarskich (H) | TAK / NIE |
| **Kryterium nr 7** | Możliwość pobrania na telefon aplikacji mobilnej umożliwiającej m.in. rezerwację podgląd i odwoływanie umówionych wizyt, przeglądanie historii wizyt (AM) | TAK / NIE |

1. Oświadczamy, że dysponujemy wiedzą i umiejętnościami, jak również odpowiednim sprzętem i narzędziami.
2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam *z udziałem/ bez udziału\** podwykonawców.
3. Następujące części zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom:
4. ………………………………………………………………………….........

*(zakres, wartość lub procentowa część zamówienia)*

1. ……………………………………………………………………………….
2. Oświadczam, że zdobyłem wszystkie informacje, jakie były niezbędne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą w okresie 30 dni (bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert).
4. W przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego w zawiadomieniu.
5. Oświadczam, że *jestem\*) / nie jestemy\*)* płatnikiem podatku VAT od towarów i usług.
6. Stosownie do art. 91 ust. 3a ustawy Pzp, oświadczamy, że wybór naszej oferty
* **nie będzie** \* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 710)
* **będzie** \* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 710), jednocześnie wskazujemy:

nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania…………………………………………………

wraz z określeniem ich wartości bez kwoty podatku…………………………

\* Należy zaznaczyć powyżej właściwe pole i ewentualnie wskazać wymagane informacje (należy zapoznać się z w/w ustawą o podatku od towarów i usług, a w szczególności z załącznikiem nr 11 do ustawy). ***Obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego nie będzie w przypadku, gdy obowiązek rozliczenia podatku VAT będzie po stronie Wykonawcy.***

1. Korzystającz uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych zastrzegam, że informacje:

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

*(proszę wymienić)*

zawarte są w następujących dokumentach:

………………………………………………………………………………………….

stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** zgodnie z przepisami o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania. Celem wykazania, że w/w informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa powołujemy się na następujące okoliczności***\*\*)*** :……………………………………………………….

**Uwaga:** Zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem **„tajemnica przedsiębiorstwa”** i złożone w odrębnej kopercie wewnętrznej, a na ich miejscu w dokumentacji zamieszczone stosowne odsyłacze.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. 2)
2. Załącznikami do niniejszej oferty są:

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

…………………., dnia …………… r. ............................................................

*Wykonawca*

1) *rozporządzenie 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).*

*2)W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*\*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\*\* 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. 86 ust. 4 Pzp.*