

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy/ów

siedziba Wykonawcy/ów

adres Wykonawcy/ów

nr telefonu

nr faksu

adres e-mail

Odpowiadając na ogłoszone przez Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, postępowanie na zadanie pn.: „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu oraz Delegatur w Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile na rok 2020 i 2021 z możliwością składania ofert częściowych” składamy niniejszą ofertę na podstawie zapisów ogłoszenia.

1. Zamówienie zrealizujemy za niżej wymienioną cenę:

Część I – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu (bez Delegatur)”

I. Wartość brutto zamówienia wynosi: zł

II. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosikm*,

Adres realizacji usługi: **

** Zamawiający wymaga, żeby dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego był nie dłuższy niż 3 km.*

*** obowiązkowo wypełnić*

III. Dostępność wyników badań na stronie internetowej Wykonawcy*

Tak - wyniki będą dostępne - (podać adres strony internetowej)

Nie – wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej Wykonawcy*

**obowiązkowo wypełnia Wykonawca,*

Jeżeli Wykonawca nie wskaże strony internetowej, Zamawiający przyjmie, iż wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej.

Część II – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne –wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu – Delegatura w Kaliszu”

I. Wartość brutto zamówienia wynosi: zł

II. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosikm*

Adres realizacji usługi:**

** Zamawiający wymaga, żeby dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego był nie dłuższy niż 5 km.*

*** obowiązkowo wypełnić*

III. Dostępność wyników badań na stronie internetowej Wykonawcy*

Tak - wyniki będą dostępne - (podać adres strony internetowej)

Nie – wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej Wykonawcy*

**obowiązkowo wypełnia Wykonawca,*

Jeżeli Wykonawca nie wskaże strony internetowej, Zamawiający przyjmie, iż wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej.

Część III – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu – Delegatura w Koninie”

I. Wartość brutto zamówienia wynosi: zł

II. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosi.....km*

Adres realizacji usługi:**

** Zamawiający wymaga, żeby dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego był nie dłuższy niż 5 km.*

*** obowiązkowo wypełnić*

III. Dostępność wyników badań na stronie internetowej Wykonawcy*

Tak - wyniki będą dostępne - (podać adres strony internetowej)

Nie – wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej Wykonawcy*

**obowiązkowo wypełnia Wykonawca,*

Jeżeli Wykonawca nie wskaże strony internetowej, Zamawiający przyjmie, iż wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej.

Część IV – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu – Delegatura w Lesznie”

I. Wartość brutto zamówienia wynosi: zł

II. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosi.....km*

Adres realizacji usługi:**

** Zamawiający wymaga, żeby dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego był nie dłuższy niż 5 km.*

*** obowiązkowo wypełnić*

III. Dostępność wyników badań na stronie internetowej Wykonawcy*

Tak - wyniki będą dostępne - (podać adres strony internetowej)

Nie – wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej Wykonawcy*

**obowiązkowo wypełnia Wykonawca,*

Jeżeli Wykonawca nie wskaże strony internetowej, Zamawiający przyjmie, iż wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej.

Część V – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu – Delegatura w Pile”

I. Wartość brutto zamówienia wynosi: zł

II. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosi.....km*

Adres realizacji usługi:**

** Zamawiający wymaga, żeby dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego był nie dłuższy niż 5 km.*

*** obowiązkowo wypełnić*

III. Dostępność wyników badań na stronie internetowej Wykonawcy*

Tak - wyniki będą dostępne - (podać adres strony internetowej)

Nie – wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej Wykonawcy*

**obowiązkowo wypełnia Wykonawca,*

Jeżeli Wykonawca nie wskaże strony internetowej, Zamawiający przyjmie, iż wyniki nie będą dostępne na stronie internetowej.

2. Wykonawca oświadcza, że jest wpisany w rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem
dostępny na stronie internetowej*

**obowiązkowo wpisać*

3. Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:

- samodzielnie*
- przy pomocy podwykonawców*

**uzupełnić, jeśli dotyczy*

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, Wykonawca wypełnia poniższą tabelę:

Wskazanie części zamówienia, które zamierzamy zlecić podwykonawcy	Nazwa i adres podwykonawcy

4. Informujemy, że cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotowego zamówienia i uwzględnia informacje zawarte w rozdziale XIII ust. 6 ogłoszenia, że Zamawiającego nie dotyczy mechanizm odwrotnego obciążenia podatkiem VAT.
5. Akceptujemy zawarte w ogłoszeniu warunki płatności.
6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy zgodnie z istotnymi postanowieniami umowy zawartymi w ogłoszeniu, w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
7. 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⁾

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, Wykonawca nie składa oświadczenia w powyższej treści (*jeśli nie dotyczy, proszę usunąć treść oświadczenia np. przez jego wykreślenie*).

8. Oświadczamy, że jesteśmy:

- mikroprzedsiębiorstwem (w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniamy średniorocznie mniej niż 10 pracowników i nasz roczny obrót netto lub sumy aktywów bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły 2 milionów euro),*
- małym przedsiębiorstwem (w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniamy średniorocznie mniej niż 50 pracowników i nasz roczny obrót netto lub sumy aktywów bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły 10 milionów euro),*

- średnim przedsiębiorstwem (w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniamy średniorocznie mniej niż 250 osób i nasz roczny obrót netto nie przekroczył 50 milionów euro lub sumy aktywów bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły 43 milionów euro).*

* niepotrzebne skreślić

9. Oświadczamy, że jesteśmy/ nie jesteśmy przedsiębiorstwem* spełniającym łącznie następujące warunki:

- 1) zatrudniamy co najmniej 25 osób pracowników w przeliczeniu na etaty;
- 2) pracownicy zatrudnieni są na podstawie umowy o pracę lub spółdzielczej umowy o pracę;
- 3) min. 30% spośród zatrudnionych pracowników stanowią osoby zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności lub osoby zaliczone do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności w odniesieniu, do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz niewidomi.

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

.....
podpis Wykonawcy