|  |
| --- |
| **CPE-II-261-14/MZ/16 ZAŁĄCZNIK NR 2 do SIWZ** |
| **O F E R T A** |

(pieczęć Wykonawcy)

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani

......................................................................................................................................................,

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

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

Nr faksu .................................................. ; Nr telefonu .....................................................;

e-mail …………………………………………………………………………………………...

w odpowiedzi na „Publiczne ogłoszenie o zamówieniu nr CPE-II-261-14/MZ/16” dotyczące postępowania prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie przetargu nieograniczonego na: **świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin przez okres 24 miesięcy kalendarzowych,**

składam/y/ niniejszą ofertę:

1. za cenę:
2. pakiet pracownika:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **pakiet pracownika - cena jednostkowa**  **brutto w PLN** | **Stawka VAT** | **Orientacyjna ilość osób\*** | **Przewidywany okres  świadczenia usług  w miesiącach kalendarzowych\*\*** | **Wartość**  **(A x C x D)**  **w PLN** |
| **…………………zł**  **(słownie: …… zł)** | **……%** | **20** | **24** | **……………………zł**  **(słownie: ………. zł)** |

1. pakiet rodzinny:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **pakiet rodzinny - cena jednostkowa**  **brutto w PLN** | **Stawka VAT** | **Orientacyjna ilość osób\*** | **Przewidywany okres  świadczenia usług  w miesiącach kalendarzowych\*\*** | **Wartość**  **(A x C x D)**  **w PLN** |
| **…………………zł**  **(słownie: ……zł)** | **……%** | **5** | **24** | **……………………zł**  **(słownie: ………. zł)** |

\*UWAGA! Wszystkie powyższe ilości są danymi szacunkowymi i nie stanowią zobowiązania Zamawiającego do skorzystania w takim zakresie z usług świadczonych przez Wykonawcę.

\*\*UWAGA! Okres świadczenia może ulec skróceniu w przypadku wcześniejszego wyczerpania kwoty przeznaczonej na realizację umowy.

**W celu dokonania oceny ofert będzie brana pod uwagę całkowita cena oferty   
(suma wierszy w kolumnie E tj. E usługi „a”+ E usługi „b”), która wynosi: …………..………………………………………..……zł brutto   
(słownie: …………………………………………………………………………. zł).**

1. z zapewnieniem następujących terminów realizacji usług od momentu zgłoszenia:
2. lekarz internista - …… godzin zegarowych/dni roboczych[[1]](#footnote-1);
3. lekarz specjalista - …… dni roboczych;
4. badania diagnostyczne - ........ dni roboczych.
5. z zapewnieniem następującej ilości placówek medycznych:
   * + - 1. Warszawa: … placówek,
         2. Gdańsk: … placówek,
         3. Kraków: … placówek,
         4. Wrocław: … placówek,
         5. Rzeszów: … placówek,
         6. Olsztyn: … placówek.

Jednocześnie:

1. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy/ się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w „Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr CPE-II-261-14/MZ/16”.
2. Oświadczam/y/, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam/y/, że zamówienie będzie realizowane samodzielnie, bądź przy współudziale podwykonawców, którzy będą realizowali następującą część zamówienia:

…………………………………………………………………………………………….

1. Oświadczam/y/, że zapoznałem/liśmy/ się ze „Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia nr CPE-II-261-14/MZ/16”, udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/my/ do niej żadnych zastrzeżeń.
2. W razie wybrania mojej/naszej/ oferty zobowiązuję/zobowiązujemy/ się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
3. Uważam/y/ się za związanego/ych/ niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/y/, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień upływu terminu składania ofert (art. 297 k.k.).
5. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1) .............................................................................................

2) .............................................................................................

3) .............................................................................................

4) ………………………………………………………………..

5) ………………………………………………………………...

..............................., dn. ..............2016 r. .....................................................................

|  |
| --- |
| **CPE-II-261-14/MZ/16 ZAŁĄCZNIK NR 3 do SIWZ** |
| OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU |

(pieczęć Wykonawcy)

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani

....................................................................................................................................................... będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

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

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

przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie przetargu nieograniczonego na:

**świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin przez okres 24 miesięcy kalendarzowych**,

***oświadczam/y/, że zgodnie z wymogami art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.***

***Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164):***

**WYKONAWCA**

1. posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, dla których przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiada wiedzę i doświadczenie;
3. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. spełnia warunki dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.................................., dn. ..................... 2016 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| **CPE-II-261-14/MZ/16 ZAŁĄCZNIK NR 4 do SIWZ** |
| OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA |

(pieczęć Wykonawcy)

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani

......................................................................................................................................................,

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

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

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

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

przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie przetargu nieograniczonego na:

**świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin przez okres 24 miesięcy kalendarzowych**,

**oświadczam/y/, że nie ma podstaw do wykluczenia Wykonawcy z powyższego postępowania z powodu nie spełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164).**

.................................., dn. ..................... 2016 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| **CPE-II-261-14/MZ/16 ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ** |
| OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA  W ZAKRESIE ART. 24 UST. 2 PKT 5 USTAWY |

(pieczęć Wykonawcy)

Ja niżej podpisany/ My niżej podpisani

......................................................................................................................................................,

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

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

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

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

przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez

Centrum Projektów Europejskich w trybie przetargu nieograniczonego na:

**świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin przez okres 24 miesięcy kalendarzowych***,*

**oświadczam/y/, że należę/ymy *lub* nie należę/ymy\* do grupy kapitałowej,   
w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2007 r. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)\*\***

**\*** niewłaściwe skreślić

**\*\*** w sytuacji gdy Wykonawcanależy do grupy kapitałowej składa listę podmiotów do niej należących, zgodnie z art. 26 ust. 2d ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164)

.................................., dn. ..................... 2016 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)