|  |
| --- |
| **WA.263.35.2019.BG 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:

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................., będącego …… (M/Ś/D\*) przedsiębiorcą, Nr faksu ................................... ; Nr telefonu .................................; e-mail ……………………….

\*proszę wskazać właściwe

w odpowiedzi na „Publiczne ogłoszenie o zamówieniu nr WA.263.35.2019.BG” dotyczące postępowania prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie art. 138o ustawy na świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin

składam/składamy niniejszą ofertę:

* 1. Pakiet do 20 osób:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Cena brutto za 1 abonament** |
| Pakiet indywidualny |  |
| Pakiet pracownik i partner |  |
| Pakiet rodzinny |  |

2) Pakiet do 21-50 osób:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Cena brutto za 1 abonament** |
| Pakiet indywidualny |  |
| Pakiet pracownik i partner |  |
| Pakiet rodzinny |  |

3) Pakiet do 51-100 osób:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Cena brutto za 1 abonament** |
| Pakiet indywidualny |  |
| Pakiet pracownik i partner |  |
| Pakiet rodzinny |  |

* 1. Zakres usług medycznych dostępnych w poszczególnych pakietach ponad minimalne ilości wymagane w OPZ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj pakietu | Rodzaj usługi | Opis dodatkowych wymagań |
| podstawowy | ilość lekarzy specjalistów | 4 specjalizacje lub więcej niż wymagane w opz:   * + - 1. ……………………………………..       2. ……………………………………..       3. …………………………………….       4. …………………………………….   *(należy wymienić dodatkowe specjalizacje)* |
| ilość rodzajów badań laboratoryjnych i/lub diagnostycznych i/lub ambulatoryjnych | 10 rodzajów lub więcej badań laboratoryjnych i/lub diagnostycznych niż wymagane w opz:   * + - 1. ………………       2. …………………………………………….       3. ……………………………………………       4. …………………………………………..       5. …………………………………………..       6. ……………………………………………       7. ………………………………………….       8. …………………………………………       9. …………………………………………..       10. …………………………………………   (należy wymienić dodatkowe badania laboratoryjne lub/ i diagnostyczne ) |
| rozszerzony | ilość lekarzy specjalistów | 7 specjalizacji lub więcej niż wymagane w opz:   1. ……………………………………………… 2. ……………………………………………… 3. …………………………………………….. 4. ………………………………………………   */należy powielić /*  *(należy wymienić dodatkowe specjalizacje)* |
| ilość rodzajów badań laboratoryjnych i/lub diagnostycznych i/lub ambulatoryjnych | 20 rodzajów lub więcej badań laboratoryjnych i/lub diagnostycznych:  1) ………………………………………………  2) ………………………………………………  3) ……………………………………………..  4) ………………………………………………  /należy powielić /  (należy wymienić dodatkowe badania laboratoryjne i/ lub diagnostyczne) |
| ilość zabiegów rehabilitacyjnych | 31-35 zabiegów rehabilitacyjnych na rok  Proponowana ilość zabiegów: …………….  (wskazać ilość) |
| ilość zabiegów rehabilitacyjnych | 36-40 zabiegów rehabilitacyjnych na rok  Proponowana ilość zabiegów: …………….  (wskazać ilość) |

**OŚWIADCZENIA:**

1. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w „Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr WA.263.35.2019.BG”.
2. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się ze „Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia nr WA.263.35.2019.BG”, udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/my do niej żadnych zastrzeżeń.
4. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy   
   w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. 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.).
7. Odpis z właściwego rejestru dostępny jest pod adresem internetowym:

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

2)………………………………………………………………..

1. Następujące dokumenty znajdują się w posiadaniu Zamawiającego (należy podać sygnaturę akt, znak sprawy):
2. .....................................................................................................
3. .....................................................................................................

i stanowią potwierdzenie okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt. 1 i 3 ustawy pzp.

1. Przedmiot zamówienia zobowiązujemy się wykonać z udziałem podwykonawców:…………………………………………………………………………………………………………………………….. którzy zrealizują następującą część zamówienia:…………………………………………………………………………………………………., stanowiącą …….% przedmiotu zamówienia.
2. Ofertęniniejszą składamy na ……... kolejno ponumerowanych stronach. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty i które wskazujemy do oceny spełnienia przez nas warunków udziału w postępowaniu są:
3. .....................................................................................................
4. .....................................................................................................
5. .....................................................................................................
6. .....................................................................................................

..............................., dn. ..............2019 r. .....................................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych

|  |
| --- |
| WA.263.35.2019.BG **ZAŁĄCZNIK NR 3 do SIWZ** |
| **Oświadczenie wykonawcy**  **składane na podstawie art. 25a ust. 1 pkt 1 ustawy**  **DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU  W POSTĘPOWANIU** |

(pieczęć Wykonawcy)

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani

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

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

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

Nr faksu ................................ ; Nr telefonu ...............................; e-mail ……………………….

przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie art. 138o ustawy

**na świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin**

oświadczam, co następuje **(nie należy usuwać poszczególnych pozycji z formularza oświadczenia)**:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale IV SIWZ.

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w rozdziale IV SIWZ*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………………………..

..…………………………………………………………………………………………………………………….…………….……………………………………..…………….., w następującym zakresie: …………………………………………………………..………………………………………………

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

.................................., dn. ..................... 2019 r.

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

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| WA.263.35.2019.BG **ZAŁĄCZNIK NR 4 do SIWZ**  **Oświadczenie wykonawcy**  **składane na podstawie art. 25a ust. 1 pkt 1 ustawy** |
| **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** |

(pieczęć Wykonawcy)

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani

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

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

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

Nr faksu ................................ ; Nr telefonu ...............................; e-mail ……………………….

przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie art. 138o ustawy

na świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Europejskich i ich rodzin

**(nie należy usuwać poszczególnych pozycji z formularza oświadczenia)**:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 ustawy.

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

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

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

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

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

Oświadczam, 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.

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| WA.263.35.2019.BG **ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ**  **Oświadczenie** **o ilości** **placówek własnych lub placówek partnerskich oraz wykaz terminów realizacji usług medycznych** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Liczba dostępnych oferowanych przez Wykonawcę placówek\*** |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Warszawie |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Gdańsku |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Krakowie |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Olsztynie |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne we Wrocławiu |  |
|  | **Czas oczekiwania\*\* na** |
| wizytę u lekarza internisty/lekarza medycyny rodzinnej/pediatry |  |
| wizytę u lekarza specjalisty |  |
| rehabilitację |  |

\*liczba placówek nie może być mniejsza niż wskazana w warunkach udziału w postępowaniu (rozdz. IV pkt 1a)

\*\*czas oczekiwania nie może być dłuższy niż wskazany w warunkach udziału w postępowaniu (rozdz. IV pkt 1b)

.................................., dn. ..................... 2019 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)