|  |
| --- |
| **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 podstawowy** | **Cena brutto za 1 abonament rozszerzony** |
| Pakiet indywidualny – C1 |  |  |
| Pakiet pracownik i partner- C2 |  |  |
| Pakiet rodzinny- C3 |  |  |

2) Pakiet do 21-50 osób:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Cena brutto za 1 abonament podstawowy** | **Cena brutto za 1 abonament rozszerzony** |
| Pakiet indywidualny – C1 |  |  |
| Pakiet pracownik i partner- C2 |  |  |
| Pakiet rodzinny- C3 |  |  |

3) Pakiet do 51-100 osób:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Cena brutto za 1 abonament podstawowy** | **Cena brutto za 1 abonament rozszerzony** |
| Pakiet indywidualny – C1 |  |  |
| Pakiet pracownik i partner- C2 |  |  |
| Pakiet rodzinny- C3 |  |  |

* 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