Załącznik nr 2 do SWZ

|  |
| --- |
| **Formularz oferty**  **Postępowanie nr BA.WZP.26.17.2022** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:  ………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy[[1]](#footnote-1): …………………………………….……………  ……………………….…………………………………………………………………………………………....... | |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Adres e-mail do wymiany korespondencji związanej z niniejszym postępowaniem | e-mail: ……………………………………………………………………. |
| Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/-ów i podpisująca ofertę | Imię i nazwisko: ………………………………………………………... |
| Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym w trakcie realizacji umowy | Imię i nazwisko: ………………………………………………………... |
| Wykonawca jest:[[2]](#footnote-2) | mikroprzedsiębiorstwem  małym przedsiębiorstwem  średnim przedsiębiorstwem  jednoosobowa działalność gospodarcza  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  inny rodzaj ……………………………………………………. |

Oferujemy realizację zamówienia, w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na **Świadczenie dodatkowego pakietu usług zdrowotnych** określonych w SWZ i zgodnie z jej treścią:

cena razem brutto oferty za realizację całości przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami zawartymi w SWZ wynosi: …………………... zł netto (słownie: ………………………………………………………………….), powiększony o należny podatek VAT … %w kwocie…. tj. ……………….. zł brutto (słownie:…………………..) zgodnie z wyliczeniami zwartymi w poniższych tabelach cenowych*:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Pakietu | Szacunkowa liczba Pakietów | Wartość netto miesięcznie za pakiet  **A** | Okres obowiązywania umowy w miesiącach  **B** | Wartość netto  **Kol.A\*kol.B** |
| pojedynczy (pracownik indywidualny)  **PAKIET PODSTAWOWY** | 7 | ….. | 24 | ….. |
| pojedynczy (pracownik indywidulny)  **PAKIET PODSTAWOWY +** | 35 | ….. | 24 | ….. |
| pojedynczy (pracownik indywidulny)  PAKIET ROZSZERZONY | 26 | ….. | 24 | ….. |
| partnerski (pracownik + małżonek/partner życiowy lub 1 dziecko do 26 roku życia)  **PAKIET PODSTAWOWY** | 3 | ….. | 24 | ….. |
| PARTNERSKI (PRACOWNIK + MAŁŻONEK/PARTNER ŻYCIOWY LUB 1 DZIECKO DO 26 ROKU ŻYCIA)  PAKIET PODSTAWOWY + | 13 | ….. | 24 | ….. |
| PARTNERSKI (PRACOWNIK + MAŁŻONEK/PARTNER ŻYCIOWY LUB 1 DZIECKO DO 26 ROKU ŻYCIA)  PAKIET rozszerzony | 14 | …. | 24 | …. |
| rodzinny (pracownik + małżonek/partner życiowy + dzieci do 26 roku życia)  **PAKIET PODSTAWOWY** | 5 | ….. | 24 | ….. |
| rodzinny (pracownik + małżonek/partner życiowy + dzieci do 26 roku życia)  PAKIET PODSTAWOWY+ | 25 | …. | 24 | …. |
| rodzinny (pracownik + małżonek/partner życiowy + dzieci do 26 roku życia)  PAKIET rozszerzony | 20 | …. | 24 | …. |
| Senior | 6 | ….. | 24 | …… |
| Łącznie Wartość | - | ….. | 24 | …… |

Ponadto oferujemy[[3]](#footnote-3):

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba placówek własnych Wykonawcy na terenie Polski | …….. placówek własnych na terenie Polski |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba placówek będących w dyspozycji Wykonawcy na terenie Polski, z usług których Zamawiający będzie mógł korzystać | …….. placówek będących w dyspozycji Wykonawcy na terenie Polski, z usług których Zamawiający będzie mógł korzystać |

|  |  |
| --- | --- |
| Posiadanie zintegrowanego, elektronicznego systemu rejestracji wizyt lekarskich (m.in. możliwość rezerwacji wizyt on-line przez pacjenta, możliwość sprawdzenia dostępności do poszczególnych specjalistów, przypominanie drogą elektroniczną, np. sms-ami lub e-mailami o wizytach) dostępnego w placówkach Wykonawcy | posiada/nie posiada |

|  |  |
| --- | --- |
| Posiadanie zintegrowanego, elektronicznego systemu obsługi dokumentacji pacjenta (m.in. historia chorób pacjenta, wykaz wszystkich konsultacji lekarskich, wykaz stosowanych lekarstw, wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, inne ważne informacje o pacjencie) dostępnych w placówkach Wykonawcy | posiada/nie posiada |

|  |  |
| --- | --- |
| Posiadanie systemu hot-line w dyżurach 24h w celu umożliwienia konsultacji telefonicznej z personelem medycznym w placówkach Wykonawcy | posiada/nie posiada |

Oświadczam, że zatrudniam/-my na umowę o pracę Koordynatora odpowiedzialnego za prawidłową realizację zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Dane Koordynatora | Podstawa do dysponowania osobą |
| 1 | ……………………………………………………………………………….  (imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail) |  |
| 2 | ……………………………………………………………………………….  (imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail) |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie dotyczące postanowień treści SWZ** |

1. Oświadczam, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że zamówienie wykonamy w terminie podanym przez Zamawiającego.
3. **Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni do dnia 07.05.2022r.**
4. Oświadczam, że zrealizuję zamówienie zgodnie z SWZ i wzorem umowy.
5. Oświadczam, że informacje i dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji znajdują się w pliku o nazwie **„załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa”.**
6. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).

|  |
| --- |
| **Zobowiązanie w przypadku przyznania zamówienia** |

1. Akceptuję proponowany przez Zamawiającego wzór umowy, który zobowiązuję się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. Osobami uprawnionymi do merytorycznej współpracy i koordynacji w wykonywaniu zadania ze strony Wykonawcy są:

……………………………………………………………………………………………….

nr telefonu ……………………………. e-mail: …………………………………………..

Informuję/-jemy, że wskazane poniżej dokumenty dostępne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi, zawartymi w ogólnodostępnych i bezpłatnych bazach danych (*wypełnić jeśli dotyczy*)[[4]](#footnote-4):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa dokumentu** | **Adres internetowy, gdzie dostępny jest dokument** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Podwykonawstwo** |

Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia *(jeżeli dotyczy)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Część zamówienia** | **Wartość brutto (PLN) lub procentowy udział podwykonawstwa** | **Nazwa i adres podwykonawcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie** |

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[5]](#footnote-5)1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[6]](#footnote-6)

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 3 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Oświadczenie stanowiące wstępne potwierdzenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu i spełnia warunki udziału w postępowaniu składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp[[7]](#footnote-7)** |

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **Świadczenie dodatkowego pakietu usług zdrowotnych** nr postępowania **BA.WZP.26.17.2022**

Oświadczam, że **nie podlegam** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust.1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 1,4,5,7 ustawy Pzp.

*(wykreślić jeśli nie dotyczy)* Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………………………... ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 pkt 1,2,5 oraz art. 109 ust. 1 pkt 1,4,5,7 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, **podjąłem następujące środki naprawcze:**

*……………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………*

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

**Oświadczenie o spełnianiu warunków**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale 7 ust.2 pkt 2 oraz pkt 4 SWZ.

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 4 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Informacja o grupie kapitałowej** |

Przystępując do postępowania na **Świadczenie dodatkowego pakietu usług zdrowotnych, nr sprawy: BA.WZP.26.17.2022,** informuję, że[[8]](#footnote-8):

nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369) z Wykonawcami, którzy złożyli oferty w prowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu;

należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369) z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w prowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu:

1. nazwa podmiotu ……………………………………………………….
2. nazwa podmiotu ……………………………………………….………

Jednocześnie przedstawiam dowody, że powiązania z tymi Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia: ……………………………………………….

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 5 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Zobowiązanie podmiotu trzeciego (jeśli dotyczy)** |

Przystępując do postępowania na **Świadczenie dodatkowego pakietu usług zdrowotnych, nr sprawy: BA.WZP.26.17.2022,** informuję, że:

**DANE PODMIOTU UDOSTEPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

|  |
| --- |
| Nazwa /Firma: ……………………………………………………………………………………………….... |
| Adres: ………………………………………………………………………………………..……… |
| telefon: …………………….……………………………….………………………………………… |
| e-mail: …………………………………………………….…………………………………………… |

Będąc upoważnionym do reprezentowania wskazanego podmiotu, niniejszym oświadczam, że oddaję do dyspozycji Wykonawcy:

|  |
| --- |
| Nazwa /Firma Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………….................................... |
| Adres: ………………………………………………………………………………………..……………................. |

określone poniżej zasoby, przez okres korzystania z nich przy wykonaniu powołanego zamówienia i oświadczam, że stosunek łączący mnie z Wykonawcą gwarantuje rzeczywisty dostęp Wykonawcy do tych zasobów:

1. Określenie zakresu zasobów dostępnych Wykonawcy od podmiotu udostępniającego zasoby:

………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

1. Czy i w jakim zakresie podmiot, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą

…………………………………………………………………………………………………………………………………

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Załącznik nr 6 do SWZ**

|  |
| --- |
| **WYKAZ WYKONANYCH/WYKONYWANYCH USŁUG** |

**Pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców**

……………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Dotyczy: zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **Świadczenie dodatkowego pakietu usług zdrowotnych** nr postępowania **BA.WZP.26.17.2022.**

W odpowiedzi na wezwanie w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp, zgodnie z warunkiem udziału wskazanym w rozdziale 7 ust. 2 pkt 4 SWZ oświadczam/y, że wykonaliśmy/wykonujemy następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data realizacji**  **(od - do)** | **Odbiorca usługi**  **(nazwa i adres)** | **Przedmiot realizacji**  **(wyszczególnić rodzaj usług)** | **Wartość brutto**  **(w zł)** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

***Wykonawca zobowiązany jest załączyć dowody, że wymienione w wykazie usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF. Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

1. W przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika Wykonawcy [↑](#footnote-ref-1)
2. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. U. L. 124 z 20.5.2003, s. 36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub suma bilansowa nie przekracza 10 milionów Euro.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie SA mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów Euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów Euro. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku braku zaznaczenia w odpowiednich rubrykach, Zamawiający przyzna 0 pkt w danym kryterium. [↑](#footnote-ref-3)
4. *W przypadku, gdy Zamawiający ma możliwość uzyskania bezpłatnego dostępu do wymaganych dokumentów, Wykonawca może podać adresy stron internetowych, na których dostępne są dokumenty potwierdzające autoryzację producentów sprzętu i oprogramowania do świadczenia usług serwisowych dla wszystkich urządzeń i oprogramowania, w celu ich pobrania przez Zamawiającego.* [↑](#footnote-ref-4)
5. *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).* [↑](#footnote-ref-5)
6. *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).* [↑](#footnote-ref-6)
7. *W przypadku Wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia niniejsze „Oświadczenie…” powinno być złożone przez każdego z Wykonawców w zakresie, w którym każdy z tych Wykonawców wykazuje brak podstaw do wykluczenia* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Dokument ten Wykonawca składa w terminie 5 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia ofert (o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy Pzp), samodzielnie (bez odrębnego wezwania ze strony Zamawiającego).*

   *\*zaznaczyć właściwe* [↑](#footnote-ref-8)