**Wzór – Załącznik nr 1A do OZ**

**Zadanie nr 1**

**OFERTA WYKONAWCY**

 Pełna nazwaWykonawcy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

 Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Nr telefonu i faksu, adres mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia** na usługi społeczne **prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na całodobowe świadczenie usług w przedmiocie badań lekarskich osób zatrzymanych/doprowadzonych przez Policję w celu wytrzeźwienia na terenie działania Komendanta Rejonowego Policji Warszawa I (Numer postępowania: WZP-6151/20/355/F)**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówieniaza poniższe ceny:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa medyczna****(symbol zgodnie****z §8 OWU)** | **Szacunkowa ilość osób przewidzianych do badania** | **Cena \*\* netto**  **za usługę** **medyczną**  | **Wartość netto\*\*****za usługę medyczną****(kol. 3** **x kol. 4)**  | **Stawka****Podatku VAT\*** | **Wartość brutto\*\*****za usługę medyczną** **(kol. 5 x kol. 6)**  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1.** | **C1** | 2 500 | ………………. |  |  |  |
| **2.** | **C2** | 200 | ………………. |  |  |  |
| **3.** | **C3** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **4.** | **C4** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **5.** | specjalistyczna konsultacja lekarska (niezależnie od specjalności) | 100 | ………………. |  |  |  |
| **6.** | badanie **RTG** | 100 | …………….. |  |  |  |
| **7.** | badanie **USG** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **8.** | badanie **EKG** | 100 | ……………… |  |  |  |
| **9.** | badanie diagnostyczne – **mocz – badanie ogólne** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **10.** | Badanie diagnostyczne – **białko w moczu** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **11.** | badanie diagnostyczne – **glukoza w moczu** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **12.** | badanie diagnostyczne – **morfologia krwi** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **13.** | badanie diagnostyczne – **glukoza** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **14.** | badanie diagnostyczne – **żelazo** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **15.** | badanie diagnostyczne – **sód** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **16.**  | badania diagnostyczne- **magnez** | 100 | ……………… |  |  |  |  |
| **17.**  | Badania diagnostyczne- **mocznik** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **18.** | Badanie diagnostyczne – **potas** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **19.** | Badanie diagnostyczne – **OB** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **20.** | badanie diagnostyczne – **kreatynina** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **21.** | badanie diagnostyczne – **cholesterol** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **22.** | badanie diagnostyczne – **bilirubina** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
|  **Cena oferty brutto w PLN (suma wartości brutto określonych w kol. 7 poz.1-22)** **słownie: ……..…………………………………………………………………….**  |  |  |

**II. Oświadczamy, że:**

1. **Czas oczekiwania na rozpoczęcie wykonywania badania od momentu przybycia funkcjonariusza Policji wraz z osobą zatrzymaną do placówki Wykonawcy …………\*\*\* *(nie dłużej niż 30 minut).***
2. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług obowiązek odprowadzenia podatku z tytułu usług powstaje po stronie ……………………….. \*\*\*\*(*Wykonawcy lub Zamawiającego*).
3. Jesteśmy\*\*\*\*\*/nie jesteśmy\*\*\*\*\*\* małym przedsiębiorstwem\*\*\*\*\* /średnim przedsiębiorstwem\*\*\*\*\*
4. Zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w OZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
5. **Termin płatności:** zgodnie z zapisem Rozdz. XX § OZ.
6. Zawarte w Rozdziale XX OZ Ogólne warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach tam określonych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w  OZ tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. Zobowiązujemy się do zapewnienia możliwości odbierania wszelkiej korespondencji związanej z prowadzonym postępowaniem przez całą dobę na nr faksu ……………\*, adres e-mail ………………….……………….\*.
9. Będziemy niezwłocznie potwierdzać fakt otrzymania wszelkiej korespondencji od Zamawiającego na nr faksu, adres e-mail wskazany w pkt 7 Rozdz. I OZ. W przypadku braku potwierdzenia faktu otrzymania korespondencji Zamawiający uzna, iż Wykonawca zapoznał się z treścią dokumentu w dniu jego przesłania przez Zamawiającego.
10. Do kontaktów ze strony Wykonawcy w związku z realizacją umowy wyznaczamy…………………\* tel. ………………\* e-mail …………….……………\*.

**III. Informujemy, że:**

1. Usługi realizowane będą bez pomocy/z pomocą Podwykonawcy, który realizować będzie część zamówienia obejmującą ...................................................... \*\*\*\*\*\*

1. W przypadku realizowania usług przy pomocy Podwykonawcy należy podać nazwę i adres Podwykonawcy …………………………….\*

Zamawiającego będzie zgłaszał o potrzebie przeprowadzenia badania na numer telefonu ……………………, faksu ……………………., e:mail ……………………..

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia RODO**1)** 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 Rozporządzenia RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \* należy wpisać

\*\* do dwóch miejsc po przecinku, z uwzględnieniem zasady zaokrąglania, o której mowa w Rozdz. XIII pkt 3 OZ

\*\*\* wpisać ( w przypadku niewpisania, Zamawiający uzna, że czas oczekiwania wynosi 30 minut

\*\*\*\* wpisać (w przypadku niewpisania, Zamawiający uzna że podatek odprowadza Wykonawca)

\*\*\*\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\*\*\*\* niepotrzebne skreślić - jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia pkt 2 i nie wypełni pkt 3 , Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia Podwykonawcom

Słowniczek:

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

**Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**.

**Wzór – Załącznik nr 1B do OZ**

**Zadanie nr 2**

**OFERTA WYKONAWCY**

 Pełna nazwaWykonawcy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

 Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Nr telefonu i faksu, adres mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia** na usługi społeczne **prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na całodobowe świadczenie usług w przedmiocie badań lekarskich osób zatrzymanych/doprowadzonych przez Policję w celu wytrzeźwienia na terenie działania Komendanta Rejonowego Policji Warszawa VI (Numer postępowania: WZP-6151/20/355/F)**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówieniaza poniższe ceny:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa medyczna****(symbol zgodnie****z §8 OWU)** | **Szacunkowa ilość osób przewidzianych do badania** | **Cena \*\* netto**  **za usługę** **medyczną**  | **Wartość netto\*\*****za usługę medyczną****(kol. 3** **x kol. 4)**  | **Stawka****Podatku VAT\*** | **Wartość brutto\*\*****za usługę medyczną** **(kol. 5 x kol. 6)**  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1.** | **C1** | 2 500 | ………………. |  |  |  |
| **2.** | **C2** | 200 | ………………. |  |  |  |
| **3.** | **C3** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **4.** | **C4** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **5.** | specjalistyczna konsultacja lekarska (niezależnie od specjalności) | 100 | ………………. |  |  |  |
| **6.** | badanie **RTG** | 100 | …………….. |  |  |  |
| **7.** | badanie **USG** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **8.** | badanie **EKG** | 100 | ……………… |  |  |  |
| **9.** | badanie diagnostyczne – **mocz – badanie ogólne** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **10.** | Badanie diagnostyczne – **białko w moczu** | 100 | ………………. |  |  |  |
| **11.** | badanie diagnostyczne – **glukoza w moczu** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **12.** | badanie diagnostyczne – **morfologia krwi** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **13.** | badanie diagnostyczne – **glukoza** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **14.** | badanie diagnostyczne – **żelazo** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **15.** | badanie diagnostyczne – **sód** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **16.**  | badania diagnostyczne- **magnez** | 100 | ……………… |  |  |  |  |
| **17.**  | Badania diagnostyczne- **mocznik** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **18.** | Badanie diagnostyczne – **potas** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **19.** | Badanie diagnostyczne – **OB** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **20.** | badanie diagnostyczne – **kreatynina** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **21.** | badanie diagnostyczne – **cholesterol** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
| **22.** | badanie diagnostyczne – **bilirubina** | 100 | ………………. |  |  |  |  |
|  **Cena oferty brutto w PLN (suma wartości brutto określonych w kol. 7 poz.1-22)** **słownie: ……..…………………………………………………………………….**  |  |  |

**II. Oświadczamy, że:**

* + - 1. **Czas oczekiwania na rozpoczęcie wykonywania badania od momentu przybycia funkcjonariusza Policji wraz z osobą zatrzymaną do placówki Wykonawcy …………\*\*\* *(nie dłużej niż 30 minut).***
			2. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług obowiązek odprowadzenia podatku z tytułu usług powstaje po stronie ……………………….. \*\*\*\*(*Wykonawcy lub Zamawiającego*).
			3. Jesteśmy\*\*\*\*\*/nie jesteśmy\*\*\*\*\*\* małym przedsiębiorstwem\*\*\*\*\* /średnim przedsiębiorstwem\*\*\*\*\*
			4. Zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w OZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
			5. **Termin płatności:** zgodnie z zapisem Rozdz. XX § 10 OZ.
			6. Zawarte w Rozdziale XX OZ Ogólne warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach tam określonych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
			7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w  OZ tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.
			8. Zobowiązujemy się do zapewnienia możliwości odbierania wszelkiej korespondencji związanej z prowadzonym postępowaniem przez całą dobę na nr faksu ……………\*, adres e-mail ………………….……………….\*.
			9. Będziemy niezwłocznie potwierdzać fakt otrzymania wszelkiej korespondencji od Zamawiającego na nr faksu, adres e-mail wskazany w pkt 7 Rozdz. I OZ. W przypadku braku potwierdzenia faktu otrzymania korespondencji Zamawiający uzna, iż Wykonawca zapoznał się z treścią dokumentu w dniu jego przesłania przez Zamawiającego.
			10. Do kontaktów ze strony Wykonawcy w związku z realizacją umowy wyznaczamy…………………\* tel. ………………\* e-mail …………….……………\*.

**III. Informujemy, że:**

1. Usługi realizowane będą bez pomocy/z pomocą Podwykonawcy, który realizować będzie część zamówienia obejmującą ...................................................... \*\*\*\*\*\*

2. W przypadku realizowania usług przy pomocy Podwykonawcy należy podać nazwę i adres Podwykonawcy …………………………….\*

1. Zamawiającego będzie zgłaszał o potrzebie przeprowadzenia badania na numer telefonu ……………………, faksu ……………………., e:mail ……………………..
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia RODO**1)** 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 Rozporządzenia RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \* należy wpisać

\*\* do dwóch miejsc po przecinku, z uwzględnieniem zasady zaokrąglania, o której mowa w Rozdz. XIII pkt 3 OZ

\*\*\* wpisać ( w przypadku niewpisania, Zamawiający uzna, że czas oczekiwania wynosi 30 minut

\*\*\*\* wpisać (w przypadku niewpisania, Zamawiający uzna że podatek odprowadza Wykonawca)

\*\*\*\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\*\*\*\* niepotrzebne skreślić - jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia pkt 2 i nie wypełni pkt 3 , Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia Podwykonawcom

**Słowniczek:**

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

**Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**.

**Wzór - Załącznik nr 2 do OZ**

**Zamawiający:**

**KOMENDA STOŁECZNA POLICJI,**

**ul. Nowolipie 2,**

**00-150 Warszawa**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………..……………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Całodobowe świadczenie usług w przedmiocie badań lekarskich osób zatrzymanych/doprowadzonych przez Policję na terenie działania Komendanta Rejonowego Policji Warszawa I oraz Komendanta Rejonowego Policji Warszawa VI”**  **(Numer postępowania: WZP-6151/20/355/F)** prowadzonego przez **Komendę Stołeczną Policji***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  Rozdziale III Ogłoszenia o zamówieniu.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale III Ogłoszenia o zamówieniu*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………….……………………….

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Wzór - Załącznik nr 3 do OZ**

 ***Zamawiający:***

 ***KOMENDA STOŁECZNA POLICJI,***

ul. Nowolipie 2,

***00-150 Warszawa***

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………..…

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Całodobowe świadczenie usług w przedmiocie badań lekarskich osób zatrzymanych/doprowadzonych przez Policję na terenie działania Komendanta Rejonowego Policji Warszawa I oraz Komendanta Rejonowego Policji Warszawa VI”**  **(Numer postępowania: WZP-6151/20/355/F)** prowadzonego przez **Komendę Stołeczną Policji***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie Rozdz. IV OZ.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie Rozdz. IV OZ. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………….

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

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

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

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

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

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

*(podpis)*

**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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

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

*(podpis)*

**Wzór – Załącznik nr 4 do OZ**

**WYKAZ JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH**

Przystępując do niniejszego postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na „**Całodobowe świadczenie usług w przedmiocie badań lekarskich osób zatrzymanych/doprowadzonych przez Policję na terenie działania Komendanta Rejonowego Policji Warszawa I oraz Komendanta Rejonowego Policji Warszawa VI”**  **(Numer postępowania: WZP-6151/20/355/F)** oświadczam że dysponuję/ będę dysponował\*\* na podstawie …………………………….. zakładem leczniczym ………………………………………………………………… (*podać należy nazwę)* zlokalizowanym *……………………………………………………………………….. (pełny adres z podaniem dzielnicy)* wpisanymdo rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem …………….. otwartym całodobowo, 7 dni w tygodniu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć Wykonawcy

Słowniczek:

- dysponuje zakładem leczniczym – na dzień składania ofert dysponuje zakładem leczniczym – wówczas jako podstawę dysponowania Wykonawca powinien wpisać np. własność, najem, użyczenie,

- będzie dysponował zakładem leczniczym – wówczas jako podstawę dysponowania powinien wpisać np. zobowiązanie innego podmiotu udostepniającego zakład leczniczy (np. wynajmującego). W sytuacji opisanej w zdaniu pierwszym Wykonawca musi dołączyć do oferty zobowiązanie (wzór – załącznik nr 5 do OZ).

 - W przypadku wykonywania usług objętych przedmiotowym postępowaniem (z wyłączeniem badań laboratoryjnych) w placówkach podmiotów trzecich (np. Podwykonawców) należy je wpisać w powyższym wykazie. Placówki podmiotów trzecich muszą być usytuowane na terenie wymaganym odpowiednio do zadania w Rozdz. III OZ.

\*należy wpisać

\*\*niepotrzebne skreślić

**Wzór-Załącznik nr 5 do OZ**

**Zobowiązanie innego podmiotu o oddaniu do dyspozycji Wykonawcy swoich niezbędnych zasobów w zakresie zdolności technicznej**

Ja/My .................................................................................................................................................

*(nazwa Podmiotu)*

zobowiązujemy się do oddania do dyspozycji

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

*(nazwa Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia)*

\* niezbędnych zasobów **w zakresie zdolności technicznej poprzez** udział w realizacji zamówienia w charakterze Podwykonawcy/w innej formie:

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

*(określić formę korzystania z zasobów innego podmiotu)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć Wykonawcy

*\* należy wypełnić w takim zakresie, w jakim podmiot zobowiązuje się oddać Wykonawcy swoje zasoby w zakresie zdolności technicznej*

**Załącznik Nr 1 do Ogólnych Warunków Umowy**

Pieczęć jednostki Policji

 **ADRES WYKONAWCY**

 **Z L E C E N I E**

przeprowadzenia badania lekarskiego w dniu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niniejszym zlecam:

przeprowadzenie badania lekarskiego Pana / Pani\*

 imię i nazwisko : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 imię ojca : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 urodzonego / urodzonej \* dnia \_\_\_\_\_\_\_ miesiąca \_\_\_\_\_\_\_\_ roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 zamieszkałego / zamieszkałej \* w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i wydanie zaświadczenia lekarskiego o istnieniu bądź braku przeciwwskazań do zatrzymania przez Policję i przebywania w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych.

\* Niepotrzebne skreślić

 ………………………….…………………….

Pieczęć, data i czytelny podpis kierownika

Lub dyżurnego jednostki Policji

ADNOTACJE LEKARZA:

1. Potwierdzam wykonanie badania lekarskiego i wydanie zaświadczenia w dniu ……………

2. Wykaz i koszt badań dodatkowych:

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

Pieczątka, data i podpis lekarza

**Załącznik Nr 2 do Ogólnych Warunków Umowy**

………………………………………

 (pieczęć podmiotu leczniczego) …………………………………………

 (miejscowość, data i godzina)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

(imię i nazwisko, imię ojca, data i miejsce urodzenia osoby badanej)

Stwierdzam:

□ brak przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzyma­nych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;

□ wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w policyjnym pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;

□ wskazania do stosowania leków i ich dawkowania:

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

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

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

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

……………………………………………………………..

 (podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)

\*) We właściwe pole □ wpisać znak „x"

\*\*) Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko, specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza wystawiającego zaświadczenie. Dane te mogą być naniesione także w formie naklejki lub odręcznie.

**Załącznik Nr 2A do Ogólnych Warunków Umowy**

..……….………………..…

(pieczęć podmiotu leczniczego)

……………………………………

 (miejscowość, data i godzina)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

 (imię i nazwisko, imię ojca, data i miejsce urodzenia osoby badanej)

Stwierdzam\*):

□ brak przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu;

□ wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;

□ odmowę poddania się przez ww. osobę badaniu lekarskiemu oraz brak przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego;

□ odmowę poddania się przez ww. osobę badaniu lekarskiemu oraz wystąpienie przesłanek do skierowania jej do podmiotu leczniczego;

□ że ww. osoba musi zażywać niżej wymienione leki w następujący sposób:

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

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

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

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

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

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

 ……………………………………………

 (podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)

We właściwe pole □ wpisać znak „X”.

**Załącznik Nr 3 do Ogólnych Warunków Umowy**

Pieczątka jednostki Policji

Nr sprawy:……………

**ADRES WYKONAWCY**

**Z L E C E N I E**

 badania lekarskiego/wywiadu, obserwacji oraz pobrania krwi (moczu, włosów, wyskrobin spod paznokci, śliny)\* w dniu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niniejszym zlecam przeprowadzenie badania lekarskiego

Pana / Pani\*:

imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię ojca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

urodzonego / urodzonej \* dnia \_\_\_\_\_\_ miesiąca \_\_\_\_\_ roku \_\_\_\_\_\_\_\_,

zamieszkałego/zamieszkałej\* w\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w celu pobrania krwi (moczu, włosów, wyskrobin spod paznokci, śliny)\* i wystawienie stosownego protokołu z tych czynności.

 Podstawa: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. *w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie (Dz. U. z 2018 r., poz. 2472);*oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie (Dz. U. z 2014, poz. 948).

Potwierdzam wykonanie badania lekarskiego

oraz zabiegu pobrania krwi (moczu, włosów, wyskrobin spod paznokci, śliny)\*

i wystawienie protokołu.

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

Data, pieczątka i podpis lekarza Pieczęć, data i czytelny podpis kierownika

 lub dyżurnego jednostki Policji

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik Nr 4 do Ogólnych Warunków Umowy**

Miejscowość ............................ data ..................

Pieczątka ośrodka pobierającego krew

**PROTOKÓŁ POBRANIA KRWI**

**Cz. I**

**WYWIADY - OBSERWACJE**

I

1. Badany Pan/Pani...........................................................................................................................................

a) przytomny, b) nieprzytomny, c) zamroczony, d) denat

2. Ewentualne obrażenia stwierdzone u badanego, mogące mieć wpływ na stan stwierdzony w pkt 1 ....................................................................................................................................................................

3. Badany podaje, że: nie spożywał alkoholu/spożywał alkohol lub podobnie działający środek \*)

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

(rodzaj alkoholu lub podobnie działającego środka)

w ilości ............................................................................. dnia ................................... o godz. …………………

na czczo, przy posiłku\*) ......................................................................................................................................

4. Badany podaje, że cierpi na schorzenia układowe ..................................................................................

 (jakie?)

5. Skóra twarzy: blada, normalna, czerwona \*) ..............................................................................................

 (inna, jaka?)

6. Wymioty lub ślady wymiotów ........................................................................................................................

 (podać umiejscowienie)

7. Ubranie: w porządku, w nieładzie \*) ............................................................................................................

8. Mowa: wyraźna, niewyraźna, bełkot \*) ……................................................................................................

9. Nastrój i zachowanie: wesoły, gadatliwy, awanturniczy, spokojny, małomówny, przygnębiony\*) ............................................................................................................................................................................... (inny, jaki?)

10. Budowa ciała: prawidłowa, nieprawidłowa, słaba, mocna\*) ..............................................................

11. Wzrost ....................................................

12. Waga ......................................................

13. Tętno ................................ miarowe, niemiarowe, przyspieszone, zwolnione\*) ......................................

 (inne)

14. Źrenice: normalne, szerokie, wąskie\*).........................................................................................................

 (inne, jakie?)

15. Reakcja źrenic na światło ............................................................................................................................

16. Chód: pewny, niepewny, zatacza się\*) .....................................................................................................

17. Podnoszenie przedmiotów z ziemi: pewne, niepewne \*) ........................................................................

18. Objaw Romberga: dodatni, ujemny\*) .......................................................................................................

19. Próba palec-nos: dodatnia, ujemna\*) .......................................................................................................

20. Orientacja co do czasu, miejsca, otoczenia: ...........................................................................................

21. Zapach alkoholu z ust: wyczuwalny, nie wyczuwalny \*) ..........................................................................

**Przeprowadzone obserwacje i wywiad wskazują, że:**

**Badany/a Pan/Pani**......................................................................................................................................

jest pod wpływem alkoholu / nie jest pod wpływem alkoholu / może być pod wpływem substancji odurzających lub psychotropowych\*)

…………………………………………………….

(pieczęć i podpis lekarza)

\* niepotrzebne wyrazy skreślić

**INSTRUKCJA DLA POBIERAJĄCEGO KREW**

1. Do pobierania krwi obowiązany jest lekarz lub na jego zlecenie pracownik medyczny służby zdrowia lub izby wytrzeźwień.

2. Krew należy pobrać w obecności przedstawiciela organu ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (funkcjonariusza Policji, pracownika prokuratury, sędziego).

3. Krew należy pobrać niezwłocznie po doprowadzeniu osoby podlegającej badaniu.

4. Krew od osoby żywej należy pobrać z żyły łokciowej do dwóch probówek: czystej (**z czerwonym korkiem**) oraz zawierającej antykoagulant i stabilizator (**z szarym korkiem**) w ilości po 5 ml. Od denata pobiera się krew z zatoki strzałkowej lub żyły udowej do dwóch probówek po 5 ml.

5. Przed pobraniem krwi skórę należy odkazić za pomocą załączonego w zestawie środka do dezynfekcji. **Nie odkażać skóry alkoholem**.

6. Do pobrania krwi użyć umieszczonego w zestawie jednorazowego kompletu do pobierania krwi. **Patrz - „Instrukcja pobierania krwi za pomocą zamkniętego systemu próżniowego”**.

7. Bezpośrednio po pobraniu krwi do fiolki zawierającej antykoagulant i stabilizator (**z szarym** **korkiem**) należy ją kilkakrotnie obrócić (góra-dół) celem całkowitego wymieszania zawartości.

**(Nie wstrząsać!**)

8. Do krwi nie wolno dodawać żadnych odczynników.

9. „Protokół pobrania krwi” należy dokładnie wypełnić (imię i nazwisko - literami drukowanymi). Niepotrzebne wyrazy skreślić.

10. Po pobraniu krwi do zawartych w pakiecie fiolek zabezpieczyć je trwale załączonymi banderolami w dwóch płaszczyznach przez środek i wokół poniżej korka.

11. Po włożeniu fiolek do opakowania transportowego dołączyć **WYPEŁNIONY „**Protokół pobrania krwi”, a następnie zakleić pakiet załączoną banderolą oraz zapieczętować jej oba końce pieczęcią Policji.

12. Do czasu przetransponowania opieczętowany pakiet przechowywać w temperaturze 4°C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROTOKÓŁ POBRANIA KRWI**

**Cz. II**

1. Imię i nazwisko osoby, od której pobrano krew ...........................................................................................

2. Jednostka zlecająca pobranie krwi .............................................................................................................

3. Pobrania krwi dokonał . ..........................................................................................................................

 (imię nazwisko, nr leg. służbowej lub dowodu osobistego)

dnia ........................................................... godz. ............................................

4. Skórę przed pobraniem odkażono: substancją z pakietu / innym środkiem \*) .......................................

 (jakim?)

5. Nr kontrolny fiolki i pakietu: ......................................................................................................................

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

(podpis funkcjonariusza obecnego przy pobieraniu krwi) (podpis i pieczęć pobierającego krew)

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

 (podpis osoby, od której pobierano krew)

**Załącznik Nr 5 do Ogólnych Warunków Umowy**

Karta......................................................... **L.dz.**

**RSD**

.............................................................................. **Ds.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 (stempel instytucji, w której dokonano pobrania)

**PROTOKÓŁ POBRANIA MATERIAŁU**

dowodowego/porównawczego\*

 w postaci..............................................................................................................................................................

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

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

(miejscowość i data)

imię, nazwisko, zawód pobierającego materiał dowodowy/porównawczy\*

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

W obecności.........................................................................................................................................................

na podstawie polecenia.....................................................................................................................................

(wskazać jednostkę Policji, Prokuraturę lub Sąd)

dokonał pobrania materiału dowodowego/porównawczego\* od..............................................................

 (imię i nazwisko)

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

 (imiona rodziców) (data i miejsce urodzenia)

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

(adres zamieszkania)

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

(rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

poprzez..................................................................................................................................................................

(opisać sposób pobrania i miejsce, z którego dokonano pobrania)

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

sposób zapakowania i zabezpieczenia pobranego materiału dowodowego/porównawczego\*

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

…………………………………………….

(podpisy osób uczestniczących w pobraniu)

……………………………………………. …………………………………

(podpis osoby, od której pobrano materiał) (podpis i stempel pobierającego)