

Warszawa, dnia

.....
*(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
przeprowadzającego badanie,
numer identyfikacyjny REGON)*

ORZECZENIE LEKARSKIE

W wyniku podmiotowego badania lekarskiego
Pana(i).....PESEL.....

(imię i nazwisko)

urodzonego(j) dnia miesiąca roku.....

zamieszkałego(ej) w

pełniącego(ej) służbę w

(nazwa jednostki Policji)

na stanowisku

oraz przeglądu udostępnionej dokumentacji, w postaci:

1. indywidualnej karty badania profilaktycznego,
2. orzeczenia Wojewódzkiej lub Rejonowej Komisji Lekarskiej MSW Nr
3. zaświadczenia lekarskiego, wzoru ZUS ZLA,
przeprowadzonego w celu ustalenia związku choroby policjanta, ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, stosownie do przepisu art.121b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. tj. z 2015 r., poz. 355 z późn. zm.), orzeka się, co następuje:

Schorzenie, będące podstawą zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA Nr na okres od
..... do, pozostaje w związku / nie ma związku^{*)}, ze szczególnymi
właściwościami lub warunkami służby/ z wypadkiem pozostającym w związku z pełnioną służbą^{*)}.

^{*)} niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracyprzeprowadzającego badanie)

POUCZENIE:

Policjant lub osoba uprawniona do wystawienia skierowania na badania, w przypadku zastrzeżeń co do treści tego orzeczenia mogą wystąpić, w ciągu 7 dni od daty otrzymania orzeczenia, do, z wnioskiem o weryfikację treści tego zaświadczenia. Wniosek składa się za pośrednictwem przychodni, której lekarz wydał orzeczenie.

KOMENDA STOLECZNA POLICJI
KSP

ul. Nowolipie 2, 00-150 WARSZAWA

NIP: 525-19-30-070

Potwierdzenie rejestracji w Zespole ds. Medycyny Pracy

Nr Data

.....
(Pieczętka imienna i podpis pracownika
Zespołu ds. Medycyny Pracy KSP)

DO

ADRES WYKONAWCY

SKIEROWANIE Nr z dnia

na wykonanie lekarskich badań *(wstawić znak „X” w odpowiednie pole):*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> okresowych policjanta | <i>do pracy trwającej dłużej niż 30 dni spowodowanej chorobą)</i> |
| <input type="checkbox"/> wstępnych kandydata na pracownika Policji | |
| <input type="checkbox"/> okresowych pracownika Policji | <input type="checkbox"/> kontrolnych po zakończonej profilaktyce poekspozycyjnej na zakażenie HIV |
| <input type="checkbox"/> kierowcy, stermotorzysty <i>(niepotrzebne skreślić)</i> | |
| <input type="checkbox"/> do celów sanitarno-epidemiologicznych | |
| <input type="checkbox"/> przy zmianie warunków służby/pracy <i>(niepotrzebne skreślić)</i> | <input type="checkbox"/> dla stwierdzenia przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią |
| <input type="checkbox"/> kontrolnych policjanta <i>(w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni spowodowanej chorobą)</i> | |
| <input type="checkbox"/> kontrolnych pracownika <i>(w przypadku niezdolności)</i> | <input type="checkbox"/> po orzeczeniu komisji lekarskiej o niezdolności lub czasowej niezdolności policjanta do służby na zajmowanym stanowisku |

ustalenie związku lub brak związku choroby ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, albo z wypadkiem pozostającym w związku z pełnioną służbą

osoby niepełnosprawnej zaliczanej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności w celu wydania zgody na wydłużenie czasu pracy

innych (podać jakich?):.....

Nazwisko i imię PESEL*

Adres zamieszkania.....

Stanowisko (zajmowane lub przewidywane).....

Jednostka lub komórka organizacyjna Policji.....

Skierowanie wystawiono w związku z:

1. upływem terminu badań okresowych w dniu
2. upływem terminu zwolnienia lekarskiego w dniu
3. innymi przyczynami (podać, jakimi?).....

Do badania należy zgłosić się najpóźniej w dniu

.....
(Pieczętka imienna i podpis osoby z Zespołem ds. Medycyny Pracy KSP)

.....
(Pieczętka wyznaczonej do współpracy imienna i podpis kierownika jednostki lub komórki organizacyjnej Policji)

* w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia

Uwaga:

Skierowanie na badania, wykonuje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden przeznaczony jest dla osoby kierowanej na badania, drugi zaś, wraz z kserokopią, dla wykonawcy badań. Dodatkowo wykonuje się kopię w/w skierowania, którą w formie papierowej albo elektronicznej przechowuje się w jednostce/komórce organizacyjnej Policji na potrzeby kontroli, do czasu ponownego skierowania na dane badanie.

CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA SŁUŻBY/PRACY - z uwzględnieniem zapisów w dokumentach kadrowych (Karta Opisu Stanowiska Pracy, Opis Stanowiska Pracy, zakres zadań i obowiązków) oraz na podstawie aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonywanych na tym stanowisku.

I. Charakter pracy (wstawić znak „X” we właściwej kratce):

biurowa

fizyczna: ciężka, średnia, lekka

II. Opis stanowiska pracy (określić lokalizację, dominujące czynności oraz sposób i czas ich wykonywania):

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

III. Czynniki uciążliwe dla zdrowia na stanowisku służby/pracy (wstawić znak „X” we właściwej kratce):

kierowanie zespołem ludzkim

dźwiganie ciężarów (podać maks. ciężar w kg)

stres

praca tylko przy oświetleniu sztucznym

monotonia pracy

praca przy oświetleniu mieszanym

wymuszona pozycja ciała

praca zmianowa

praca na wysokości do 1-3 metrów

inne czynniki (podać, jakie?)

.....

praca na wysokości powyżej 3 metrów

.....

przy monitorze ekranowym poniżej połowy dobowego wymiaru czasu pracy

przy monitorze ekranowym, co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy

IV. Czynniki szkodliwe dla zdrowia na stanowisku pracy (wstawić znak „X” we właściwej kratce):

nie występują czynniki szkodliwe

1. Czynniki chemiczne: wymienić, jakie i w jakim czasie?.....

2. Pyły wymienić, jakie?.....

3. Promieniowanie: jonizacyjne

5. Hałas: stały

podczerwone (cieplne)

impulsowy

UV (ultra-fioletowe)

słyszalny

laserowe

infradźwięki

EM (elektro-magnetyczne) (stałe, impulsowe)

ultradźwięki

widzialne (nielaserowe-olśnienie, migotanie, efekt stroboskopowy)

4. Mikroklimat: gorący
 zimny

6. Wibracja: miejscowa
 ogólna

V. Czynniki niebezpieczne dla zdrowia na stanowisku pracy (wstawić znak „X” we właściwej kratce):

nie występują czynniki niebezpieczne

1. Zagrożenie zakażeniem: wymienić tylko zagrożenia na stanowiskach, określonych w decyzji Komendanta Stołecznego Policji o zapobieganiu zakażeniom

2. Zagrożenie czynnikami biologicznymi: wymienić, jakimi?.....

3. Zagrożenie, związane z przywracaniem naruszonego porządku publicznego

4. Kierowanie: samochodem bez przewozu osób samochodem z przewozem osób autobusem

motocyklem łodzią motorową samolotem (śmigłowcem) maszyną w ruchu wózkiem widłowym

5. Zagrożenie elementami ruchomymi, luźnymi, ostrymi i wystającymi 6. Zagrożenie porażenia prądem elektrycznym 7. Zagrożenie poparzeniem 8. Zagrożenie pożarowe i wybuchowe 9. Zagrożenie związane z przemieszczaniem się ludzi

Łączna liczba czynników uciążliwych, szkodliwych

i niebezpiecznych (pkt III+IV+V), wskazanych w skierowaniu:

↓

.....
(Pieczętka imienna i podpis
bezpośredniego przełożonego)

Adnotacje lekarza medycyny pracy wykonującego badanie:

1. Data zgłoszenia się na badania:.....

2. Data wydanego orzeczenia lekarskiego:..... 3. Data następnego badania:

.....

4. Pieczętka imienna i podpis lekarza medycyny pracy:

Str. 2

KOMENDA STOLECZNA POLICJI
ul. Nowolipie 2, 00-150 WARSZAWA
NIP: 525-19-30-070

Potwierdzenie rejestracji w Zespole ds. Medycyny Pracy KSP

Nr Data

.....
(Pieczęć i podpis pracownika
Zespołu ds. Medycyny Pracy KSP)

**DO
ADRES WYKONAWCY**

SKIEROWANIE NR z dnia

na wykonanie badań psychologicznych kierowcy pojazdu służbowego, w tym prowadzącego pojazd uprzywilejowany w ruchu lądowym/stermotorzystów*

Nazwisko i imięimię ojca

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania.....

Stanowisko (zajmowane lub przewidywane).....

Jednostka lub komórka organizacyjna Policji.....

Skierowanie wystawiono w związku z:.....

Do badania należy zgłosić się najpóźniej w dniu

.....
(Pieczęć i podpis osoby wyznaczonej do
współpracy
z Zespołem ds. Medycyny Pracy KSP)

.....
(Pieczęć i podpis kierownika jednostki lub
komórki
organizacyjnej Policji)

* niepotrzebne skreślić

Adnotacje osoby wykonującej badanie:

1. Data zgłoszenia się na badania:.....
2. Data wydanego orzeczenia psychologicznego:.....
3. Data następnego badania:
4. Imienna pieczęć i podpis psychologa uprawnionego do badania kierowców:

Uwaga:

Skierowanie na badania, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, wręczane jest kierowanemu na badania, z przeznaczeniem dla uprawnionej placówki medycznej.

KOMENDA STOLECZNA POLICJI
ul. Nowolipie 2, 00-150 WARSZAWA
NIP: 525-19-30-070

Potwierdzenie rejestracji w Zespole ds. Medycyny Pracy KSP

Nr Data

.....
(Pieczętka imienna i podpis pracownika
Zespołu ds. Medycyny Pracy KSP)

**DO
ADRES WYKONAWCY**

SKIEROWANIE NR z dnia

na wykonanie szczepień ochronnych przeciwko (wstawić znak „X” w odpowiednie pole):

wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW
typu B)

kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM)

tężcowi

grypie sezonowej

tężcowi z błonicą

inne (wpisać jakie?)

Nazwisko i imięimię ojca

Data i miejsce urodzenia PESEL.....

Adres zamieszkania

Stanowisko (zajmowane lub przewidywane)

Rodzaj służby/pracy

Jednostka lub komórka organizacyjna Policji

Uwagi i przeciwwskazania do szczepień, zgłaszane przez kierowanego

.....
(Pieczętka imienna i podpis osoby wyznaczonej do
współpracy
z Zespołem ds. Medycyny Pracy KSP)

(Pieczętka imienna i podpis kierownika jednostki lub
komórki organizacyjnej Policji)

POTWIERDZENIE WYKONANIA SZCZEPIEŃ:

1. Data i rodzaj wykonanego szczepienia:

2. Data następnego szczepienia:

3. Pieczęć i podpis lekarza wykonującego szczepienia:

Uwaga:

Skierowanie na badania, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, wręczane jest kierowanemu na badania, z przeznaczeniem dla uprawnionej placówki medycznej.

Str. 1

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. Znane mi są narażenia na zakażenia, występujące na zajmowanym przeze mnie stanowisku służby/pracy, wymienione w Decyzji Nr 57/12 Komendanta Stołecznego Policji z dnia 02.02.2012 r. w sprawie zapobiegania zakażeniom i postępowania po ekspozycji na zakażenia w Komendzie Stołecznej Policji oraz w jednostkach podporządkowanych i nadzorowanych przez Komendanta Stołecznego Policji (z późn. zm.).

2. Przyjmując skierowanie na szczepienia, zostałem(-am) pouczony(-a) o:
 - a. obowiązku poddania się szczepieniom niezwłocznie po otrzymaniu skierowania,
 - b. obowiązku przestrzegania terminów kolejnych dawek dla uzyskania uodpornienia na zakażenie,
 - c. konsekwencjach przerwania cyklu szczepień, w postaci braku uodpornienia, co jest równoznaczne z odmową poddania się szczepieniom,
 - d. możliwości pisemnej odmowy poddania się szczepieniom,
 - e. skutkach zdrowotnych (zakażenie) oraz prawnych (odmowa roszczeń) nie poddania się szczepieniom ochronnym.

.....
(data i czytelny podpis osoby, składającej oświadczenie)

Zapoznałem się.

.....
(pieczętka, data i podpis przełożonego)

Wykaz zaszczepionych osób

Lista zaszczepionych osób w okresie (miesiąc, rok)								
Lp.	Nazwisko i imię	Data szczepienia	Numer dawki (1, 2, 3, przypominająca):				Grypa sezonowa	Cena
			WZW typu B	Tężec	Tężec z błonicą	Kleszczowe zapalenie mózgu		
1								
2								
3								
4								
↓								

Koszt szczepień wykonanych w okresie (miesiąc, rok)				
Lp.	Nazwa usługi	Ilość	Cena jednostkowa w PLN	Kwota
1	Badania kwalifikacyjne do szczepień ochronnych			
2	Podanie szczepionki			
3	Szczepienie przeciwko WZW typu B			
4	Szczepienie przeciwko tężcowi			
5	Szczepienie przeciwko tężcowi z błonicą			
6	Szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu			
7	Szczepienie przeciwko grypie sezonowej			
8			
RAZEM				

.....
(data, pieczętka i podpis osoby sporządzającej)

Wykaz kosztów wykonanych badań lekarskich

Koszt badań wykonanych w okresie				
(miesiąc, rok)				
Lp.	Nazwa usługi	Ilość osób	Cena jednostkowa w PLN	Kwota
1	Badania okresowe policjantów			
2	Badania kontrolne policjantów			
3	Badania kierowców pojazdów służbowych, w tym prowadzących pojazdy uprzywilejowane w ruchu lądowym oraz stermotorzystów			
4	Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych			
5	Badania wstępne kandydatów do pracy w Policji			
6	Badania okresowe pracowników Policji			
7	Badania kontrolne pracowników Policji			
8	Badania - zmiana warunków służby/pracy			
9	Badania po orzeczeniu komisji lekarskiej o niezdolności lub czasowej niezdolności policjanta do służby na zajmowanym stanowisku			
10	Badania kontrolne po zakończonej profilaktyce poekspozycyjnej na zakażenie HIV			
11	Stwierdzenie przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią			
12	Badania psychologiczne kierowców pojazdów służbowych, w tym kierujących pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu lądowym oraz stermotorzystów			
13	Badania lekarskie oraz analizę dokumentów medycznych i wydanie na tej podstawie orzeczenia lekarskiego, ustalającego związek lub brak związku choroby ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, albo z wypadkiem pozostającym w związku z pełnioną służbą			
14	Badania lekarskie osób niepełnosprawnych zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności w celu wydania zgody na wydłużenie czasu pracy			
15			
RAZEM				

Imienny wykaz przebadanych osób w okresie
(miesiąc, rok)

Lista przebadanych osób w okresie (miesiąc, rok)				
Lp.	Nazwisko i imię	Rodzaj badania	Data ważności orzeczenia*	Cena
1				
2				
3				
4				
↓				

* W przypadku badania w celu określenia prawa policjanta do 100% uposażenia za czas choroby, w rubryce tej wpisać: „uznano” lub „nie uznano”.

.....
(data, pieczęć i podpis osoby sporządzającej)

Załącznik nr 7 do Umowy nr

Wykaz kosztów związanych z udziałem lekarza w wizytowaniu miejsc pracy oraz w posiedzeniach komisji, powołanych przez Zamawiającego.

Lp.	Nazwa usługi	Ilość godzin	Cena jednostkowa w PLN	Kwota
1	Wizytowanie stanowisk pracy oraz udział lekarza medycyny pracy w posiedzeniach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy: 1) dnia 2) dnia 3) dnia			
2	Wizytowanie stanowisk pracy oraz udział lekarza medycyny pracy w posiedzeniach komisji ds. oceny warunków uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia uprawniających policjantów do uzyskania płatnych urlopów dodatkowych: 1) dnia 2) dnia 3) dnia			
RAZEM				

.....
(data, pieczętka i podpis osoby sporządzającej)

OFERTA WYKONAWCY

Pełna nazwa Wykonawcy (imię, nazwisko, nazwa Przedsiębiorcy/firma): _____

Adres _____

Nr telefonu i faksu _____

Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji, w tym do podpisania umowy: _____

Nawiązując do ogłoszenia w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, nr referencyjny WZP-5511/15/274/MP, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w poniższym Formularzu Cenowym, za cenę oferty: PLN netto/brutto*

Lp.	Rodzaj usługi	Jednostka miary	Szacunkowa ilość usług	Ryczałtowa cena jednostkowa za jedną usługę netto PLN*	Stawka podatku VAT	Ryczałtowa cena jednostkowa* za usługę powiększona o stawkę podatku VAT	Wartość w PLN* brutto za usługę (kol. 4 x kol. 7)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Badania okresowe policjantów	osoby	9 234		%		
2	Badania kontrolne policjantów	osoby	2 265		%		
3	Badania kierowców, w tym kierujących pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu lądowym oraz stermotorzystów – z wyłączeniem badań psychologicznych	osoby	3 579		%		
4	Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych – z wyłączeniem badań laboratoryjnych na nosicielstwo bakterii	osoby	402		%		
5	Badania okresowe pracowników Policji	osoby	1 110		%		
6	Badania wstępne kandydatów do pracy w Policji	osoby	600		%		
7	Badania kontrolne pracowników Policji	osoby	420		%		
8	Badania związane ze zmianą warunków służby/pracy	osoby	681		%		
9	Badania kontrolne po zakończonej profilaktyce poekspozycyjnej na zakażenie HIV	osoby	99		%		
10	Badanie dla stwierdzenia przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy przez kobiety w ciąży lub karmiącą dziecko piersią	osoby	30		%		
11	Badania lekarskie po orzeczeniu komisji lekarskiej o niezdolności lub czasowej niezdolności policjanta do służby na zajmowanym stanowisku	osoby	24		%		
12	Badania psychologiczne kierowców pojazdów służbowych, w tym kierujących pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu lądowym oraz stermotorzystów	osoby	1 193		%		

13	Badania lekarskie oraz analizę dokumentów medycznych i wydanie na tej podstawie orzeczenia lekarskiego, ustalającego związek lub brak związku choroby ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, albo z wypadkiem pozostającym w związku z pełnioną służbą	osoby	50		%		
14	Badania lekarskie osób niepełnosprawnych zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności w celu wydania zgody na wydłużenie czasu pracy	osoby	30		%		
15	Badania kwalifikacyjne do szczepienia ochronnego	osoby	12 531		%		
16	Podanie szczepionki	osoby	12 531		%		
17	Szczepienia ochronne przeciwko WZW typu B – za jedną dawkę (cena szczepionki z wydaniem książeczki szczepień lub dokonaniem wpisu do książeczki szczepień)	dawki	1 905		%		
18	Szczepienia ochronne przeciwko tężcowi/tężcowi z błonicą - za jedną dawkę (cena szczepionki z wydaniem książeczki szczepień lub dokonaniem wpisu do książeczki szczepień)	dawki	9 273		%		
19	Szczepienia ochronne przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu – za jedną dawkę (cena szczepionki z wydaniem książeczki szczepień lub dokonaniem wpisu do książeczki szczepień)	dawki	753		%		
20	Szczepienie ochronne przeciwko grypie sezonowej – za jedną dawkę (cena szczepionki)	osoby	600		%		
21	Wizytowanie stanowisk pracy oraz udział lekarza medycyny pracy w posiedzeniach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy	godziny	48		%		
22	Wizytowanie stanowisk pracy oraz udział lekarza medycyny pracy w posiedzeniach komisji ds. oceny warunków uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia uprawniających policjantów do uzyskania płatnych urlopów dodatkowych	godziny	48		%		
Cena oferty (kol. 8 poz. 1-22)brutto PLN*							
Słownie: brutto PLN*							
* - z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku							

Oferowany przedmiot zamówienia, na dzień składania ofert, objęty jest stawką podatku VAT wskazaną w powyższej tabeli.

Oświadczam/y, że zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług obowiązek odprowadzenia podatku powstaje po stronie Wykonawcy/Zamawiającego**

* - należy wpisać

Oświadczamy, że:

1. zobowiązujemy do przejęcia i prowadzenia w okresie obowiązywania Umowy (w ramach NFZ) dwóch placówek POZ (Warszawa ul. Nowolipie 2 i Piaseczno ul. Puławska 44 E) oraz poradni rehabilitacyjnej (Piaseczno ul. Puławska 44 E) zlokalizowanych w obiektach Zamawiającego.
2. zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w SIWZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty;
3. zawarte w Rozdziale XVIII SIWZ 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;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ tj. 60 dni od upływu terminu składania ofert;
5. zobowiązujemy się do zapewnienia możliwości odbierania wszelkiej korespondencji związanej z prowadzonym postępowaniem przez całą dobę na numer faksu*
W przypadku braku możliwości przekazania korespondencji - Zamawiający ma prawo uznać, iż powzięliśmy wiadomość o okolicznościach opisanych w tej korespondencji w dniu zamieszczenia jej treści na stronie internetowej Zamawiającego.
6. usługa zrealizowana będzie własnymi siłami/z pomocą podwykonawcy** który realizować będzie część zamówienia obejmującą:.....

Informujemy, że osobą odpowiedzialną za realizację przedmiotu zamówienia i koordynację przedmiotu umowy jest P. (imię i nazwisko) – (stanowisko), nr tel. /kom. nr faxu

PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

.....

* należy wpisać

** Niewłaściwe skreślić (w przypadku niedokonania skreślenia, Zamawiający uzna, iż usługa realizowana będzie własnymi siłami).

.....
(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Oświadczenie Wykonawcy

Przystępując do niniejszego postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:
„Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy WZP-5511/15/274/MP

ja

(imię i nazwisko)

ja

(imię i nazwisko)

reprezentując firmę

.....
(nazwa firmy)

.....
jako wpisany(-ni) w rejestrze lub upoważniony(-ni) na piśmie

.....
oświadczam (my)* w imieniu reprezentowanej przeze mnie (nas)* firmy, że na dzień składania ofert:

1. spełniam(-my)* warunki określone w art. 22 ust. 1 Ustawy,
2. nie podlegam(-my)* wykluczeniu z powodu okoliczności, o których mowa w art. 24 ust. 1 Ustawy.

Data

Podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy:

.....
.....

PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ
O PRYZNANIE ZAMÓWIENIA WRAZ Z UDZIELONYM PEŁNOMOCNICTWEM**

My niżej podpisani reprezentujący Wykonawcę wspólnie ubiegającego się o przyznanie zamówienia na:
Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, WZP-5511/15/274/MP

1. Będziemy solidarnie odpowiadać za realizację zamówienia.
2. Jako lidera Konsorcjum ustanawiamy _____
3. Ustanawiamy _____, jako pełnomocnika do reprezentowania nas w postępowaniu o udzielenie zamówienia*/podpisania umowy o udzielenie zamówienia*.
4. Oświadczamy, że na dzień składania ofert spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone w art. 22 ust. 1 Ustawy.

Nazwa firmy	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do złożenia oświadczenia	Data	Podpis
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

**niepotrzebne skreślić. W przypadku nie skreślenia Zamawiający uzna, że pełnomocnik jest umocowany również do podpisania umowy*

.....
(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ
O PRYZNANIE ZAMÓWIENIA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: *Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, WZP-5511/15/274/MP*

ja
(imię i nazwisko)

reprezentując firmę
.....
(nazwa firmy)

.....
jako wpisany w rejestrze lub upoważniony na piśmie
.....

**oświadczam w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy, że na dzień składania ofert nie podlegam
wykluczeniu z powodu okoliczności, o których mowa w art. 24 ust. 1 Ustawy.**

Data

Podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy:

.....
.....

PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług *

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, WZP-5511/274/MP**, przedstawiamy wykaz usług, zgodnie z Rozdz. III pkt 1 lit. A ppkt b) SIWZ:

Lp	Nazwa i adres odbiorcy	Wartość wykonanych usług w PLN	Terminy realizacji		Rodzaj usług
			Rozpoczęcie dzień/miesiąc/rok	Zakończenie dzień/miesiąc/rok	
usługa/i realizowana/e w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia, tj. świadczenia usług z zakresu medycyny pracy					
1					
2					
3					
....					

* Do wykazu dołączamy dowody potwierdzające, że wszystkie ww. usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

DATA, PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

.....

Wykaz narzędzi przeznaczonych do realizacji zamówienia

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, WZP-5511/274/MP, poniżej przedstawiamy adres placówki medycznej, na potwierdzenie spełnienia warunku, zgodnie z Rozdz. III pkt 1 lit. A ppkt c) SIWZ:

Dokładny adres placówki medycznej przewidzianej do realizacji zamówienia (miejscowość, ulica, nr)	Podstawa dysponowania
1	2

PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

.....

Oświadczenie Wykonawcy

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na „Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy”, WZP-5511/274/MP oświadczam, że na dzień składania ofert **należę/nie należę*** do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz.184.)**

PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

** niepotrzebne skreślić. Jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia ani nie dołączy listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, Zamawiający uzna, że Wykonawca nie należy do ww. grupy;*

*** w przypadku, gdy Wykonawca należy do tej samej grupy kapitałowej należy dołączyć listę Podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.*

Wykaz dodatkowych wykonanych usług

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, WZP-5511/274/MP**, przedstawiamy wykaz dodatkowych usług, **zgodnie z Rozdz. VII i Rozdz. XV lit. C SIWZ:**

Lp	Nazwa i adres odbiorcy	Terminy realizacji		Rodzaj usług
		Rozpoczęcie dzień/miesiąc/rok	Zakończenie dzień/miesiąc/rok	
usługa/i realizowana/e z zakresu medycyny pracy zrealizowane na rzecz pracodawców kierujących na badania profilaktyczne				
1				
2				
3				
....				

DATA, PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

.....