

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/MSWiA 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<sup>\*)</sup>, ze szczególnymi  
właściwościami lub warunkami służby/ z wypadkiem pozostającym w związku z pełnioną służbą<sup>\*)</sup>.**

<sup>\*)</sup> *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 STOŁECZNA 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 (niepotrzebne skreślić)  |  |
| <input type="checkbox"/> do celów sanitarno-epidemiologicznych   |  |
| <input type="checkbox"/> przy zmianie warunków służby/pracy (niepotrzebne skreślić)  | <input type="checkbox"/> dla stwierdzenia przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią  |
| <input type="checkbox"/> kontrolnych policjanta (w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni spowodowanej chorobą) |  |
| <input type="checkbox"/> kontrolnych pracownika (w przypadku niezdolności)   | <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

podczerwone (cieplne)

UV (ultra-fioletowe)

laserowe

EM (elektro-magnetyczne) (stałe, impulsowe)

widzialne (nielaserowe-olśnienie, migotanie, efekt stroboskopowy)

**5. Hałas:**

stały

impulsowy

słyszalny

infradźwięki

ultradźwięki

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

Załącznik nr 3 do Umowy nr .....

KOMENDA STOŁECZNA 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 badań psychologicznych kierowcy pojazdu służbowego, w tym prowadzącego pojazd uprzywilejowany w ruchu lądowym/stermotorzystów\*

Nazwisko i imię ..... imię 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 .....

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

.....  
*(Pieczętka imienna 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 pieczętka 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 STOŁECZNA 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 zapalenie mózgu (KZM)

tężcowi

grypie sezonowej

tężcowi z błonicą

inne (wpisać jakie?) .....

Nazwisko i imię ..... imię 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 kierownika jednostki lub  
komórki organizacyjnej Policji)

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

.....



## **POTWIERDZENIE WYKONANIA SZCZEPIEŃ:**

1. Data i rodzaj wykonanego szczepienia: .....

2. Data następnego szczepienia: .....

3. Pieczętka 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*

## O Ś W I A D C Z E N I E

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 przzerwania 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	.....			
<b>RAZEM</b>				

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

**Wykaz kosztów wykonanych badań lekarskich**

<b>Koszt badań wykonanych w okresie ..... (miesiąc, rok)</b>				
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	.....			
<b>RAZEM</b>				

**Imienny wykaz przebadanych osób w okresie .....**  
**(miesiąc, rok)**

<b>Lista przebadanych osób w okresie .....</b> <b>(miesiąc, rok)</b>				
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, pieczętka 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 .....			
<b>RAZEM</b>				

.....  
(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 ryczałtową 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 kobietę 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.~~ 1. zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w SIWZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty;
- ~~3.~~ 2. 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.~~ 3. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ tj. 60 dni od upływu terminu składania ofert;
- ~~5.~~ 4. 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.~~ 5. 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 PRYZYCNANIE 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**:

<b>Dokładny adres placówki medycznej przewidzianej do realizacji zamówienia (miejscowość, ulica, nr)</b>	<b>Podstawa dysponowania</b>
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**

.....