**Wzór – Załącznik nr 1 do OZ**

**OFERTA WYKONAWCY**

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

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

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

**I.** . **Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia 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 Powiatowego Policji w Legionowie (Numer postępowania: WZP-4162/17/217/F)**

**A.** 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** | 1986 | ………………. |  |  |  |
| **2.** | **C2** | 150 | ………………. |  |  |  |
| **3.** | **C3** | 45 | ………………. |  |  |  |
| **4.** | **C4** | 75 | ………………. |  |  |  |
| **5.** | specjalistyczna konsultacja lekarska (niezależnie od specjalności) | 30 | ………………. |  |  |  |
| **6.** | badanie **RTG** | 30 | …………….. |  |  |  |
| **7.** | badanie **USG** | 30 | ………………. |  |  |  |
| **8.** | badanie **EKG** | 30 | ……………… |  |  |  |
| **9.** | badanie diagnostyczne – **mocz – badanie ogólne** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **10.** | badanie diagnostyczne – **białko w moczu** | 30 | ………………. |  |  |  |
| **11.** | badanie diagnostyczne – **glukoza w moczu** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **12.** | badanie diagnostyczne – **morfologia krwi** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **13.** | badanie diagnostyczne – **glukoza** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **14.** | badanie diagnostyczne – **żelazo** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **15.** | badanie diagnostyczne – **sód** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **16.**  | badania diagnostyczne- **magnez** | 30 | ……………… |  |  |  |  |
| **17.**  | Badania diagnostyczne- **mocznik** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **18.** | badanie diagnostyczne – **potas** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **19.** | badanie diagnostyczne – **OB** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **20.** | badanie diagnostyczne – **kreatynina** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **21.** | badanie diagnostyczne – **cholesterol** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
| **22.** | badanie diagnostyczne – **bilirubina** | 30 | ………………. |  |  |  |  |
|  **Cena oferty brutto w PLN (suma wartości określonych w kol. 7 poz.1-22)** **słownie: ……..…………………………………………………………………….**  |  |  |

**II. Oświadczamy, że:**

1. **Maksymalny czas oczekiwania na rozpoczęcie wykonywania usług 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 dostawy powstaje po stronie ……………………….. \*\*\*(*Wykonawcy lub Zamawiającego*).
3. Jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem\*\*\*\*\*\* /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:** 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury.
6. Zawarte w Rozdziale XVII 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 numer faksu/adres e-mail wskazany w Rozdz. I pkt 6 OZ.
9. Będziemy niezwłocznie potwierdzać fakt otrzymania wszelkiej korespondencji od Zamawiającego na nr faksu, adres e-mail wskazany w pkt 6 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 …………………………….\*

**PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY**

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

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

 \* należy wpisać

\*\* do dwóch miejsc po przecinku

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

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

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

\*\*\*\*\*\* niepotrzebne skreślić

Słowniczek:

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**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/PESEL, 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 w celu wytrzeźwienia przez Policję na terenie działania Komendanta Powiatowego Policji w Legionowie”, **WZP-4162/17/217/F**, prowadzonego przez **Komendę Stołeczną Policji***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      …………..…………………………………………………..………………………………………….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(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………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* 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/PESEL, 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 w celu wytrzeźwienia przez Policję na terenie działania Komendanta Powiatowego Policji w Legionowie, **WZP-4162/17/217/F,** prowadzonego przez **Komendę Stołeczną Policji***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**1.** 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 w celu wytrzeźwienia przez Policję na terenie działania Komendanta Powiatowego Policji w Legionowie”, numer postępowania WZP- 4162/17/217/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 miasta Legionowo.

\*należy wpisać

\*\*niepotrzebne skreślić

**Wzór-Załącznik nr 5 do OZ**

**Oświadczenie podmiotu o oddaniu Wykonawcy swoich 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)*

DATA PODPIS I PIECZĘĆ PODMIOTU

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

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