|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Załącznik nr 1 do Umowy***  ***Nr WZP-4571/19/235/MP***  **KOMENDA STOŁECZNA POLICJI**  **ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa**  **NIP: 525-19-30-070**  **ADRES WYKONAWCY**  **………………………….**  **Z L E C E N I E**  **zabezpieczenia medycznego działań policyjnych**  Niniejszym zlecam zabezpieczenie medyczne działań policyjnych na obszarze wyznaczonym Komendantowi Stołecznemu Policji, w czasie których może być zagrożone zdrowie lub życie policjantów oraz osób, przeciwko którym działania te są przeprowadzane.  Do zabezpieczenia medycznego niezbędne jest zapewnienie:   1. Transportu medycznego z Zespołem Podstawowym „P” \* liczba Zespołów ………… 2. Transportu medycznego z Zespołem Specjalistycznym „S”\* liczba Zespołów ………… 3. Czas zabezpieczenia medycznego (data, godziny: od-do): ………………………………………   Lokalizacja pierwszego miejsca stacjonowania zespołu medycznego: …………………………………....  .............................................................................................................................................................................  Nr sprawy: .........................................................................................................................................................  Osoba wyznaczona przez Zamawiającego do dysponowania zespołem medycznym Wykonawcy  (imię i nazwisko, nr telefonu, jednostka Policji, wydział):..............................................................................  .............................................................................................................................................................................. \**Niepotrzebne skreślić.*  *Pieczątka imienna, data i czytelny podpis Zamawiającego*  **Numer telefonu: ………………………………..**  **Adnotacje Wykonawcy:**   1. **Rodzaj zespołu wyjazdowego Wykonawcy**:............................................................................... 2. **Czas pozostawania Zespołu Podstawowego „P”** **w dyspozycji Zamawiającego:** (data…………., czas od godz. ……..….. do godz. ….….…..). 3. **Czas pozostawania Zespołu Specjalistycznego „S”** **w dyspozycji Zamawiającego:** (data…………., czas od godz. ……..….. do godz. ….….…..). 4. **Potwierdzenie wykonania zadania: podpis i pieczątka osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy:** .....................................................   Uwaga: Kopia zlecenia, po potwierdzeniu przez Wykonawcę, zostaje przekazana wraz ze zbiorczą miesięczną fakturą na adres Komendy Stołecznej Policji, jako płatnika.  ***Załącznik nr 2 do umowy***  ***Nr WZP-4571/19/235/MP***  W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pana/Pani danych osobowych oraz o przysługujących Pani/ Panu prawach z tym związanych.  Poniższe zasady stosuje się począwszy od dnia podpisania umowy.  Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Komendzie Stołecznej Policji jest: Komendant Stołeczny Policji.  Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Komendy Stołecznej Policji, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z **inspektor ochrony danych osobowych**:  adres: ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa, e-mail: [iod@ksp.policja.gov.pl.](mailto:iod@ksp.policja.gov.pl.)  1. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie zawartej umowyWZP-4571/19/235/MP.  2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/ celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Komendzie Stołecznej Policji / Komendancie Stołecznym Policji, tj. realizacji umowy.  3. W związku z przetwarzaniem danych w celu/celach, o których mowa w pkt 4 , odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:  a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;  b)inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych ze Skarbem Państwa- Komendantem Stołecznym Policji, Komendą Stołeczną Policji przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Komendant Stołeczny Policji.  4. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji umowy i po jej zakończeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. okres niezbędny do realizacji celu/celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne w interesie publicznym, cele badań naukowych lub historycznych lub cele statystyczne.  5. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:  a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;  b) prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;  c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:  1. dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,  2. dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,  3. dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;  4. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku, gdy:   * + - * 1. osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,         2. przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,   c. Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,  5.osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;  6.Prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:   * + - * 1. zaistnieją przyczyny związane z Pani /Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,   b. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi lub jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub osobę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba , której dane dotyczą jest dzieckiem;  7. Ze względu na fakt, iż jedyną przesłanką przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa nie przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych.  8. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Komendzie Stołecznej Policji Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.  9.Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, gdyż przesłanką przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.  10.Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.  **XX. KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 ROZPORZĄDZENIA RODO**  Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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) zwanym dalej „RODO”, Zamawiający informuję, że:  1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Komendant Stołeczny Policji.  2) nadzór nad prawidłowym przetwarzaniem danych osobowych sprawuje inspektor ochrony danych osobowych:  Adres: ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa;  E-mail: iod@ksp.policja.gov.pl  3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b,c i fRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne na podstawie art. 138 o Ustawy na **Świadczenie usług zabezpieczeń medycznych w ramach działań policyjnych” ze wskazaniem numeru referencyjnego postępowania:**  **WZP-4571/19/235/MP)**  4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.) zwaną dalej „ustawa Pzp”;  5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;  6) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;  7) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;  8) posiada Pani/Pan:  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\***;  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*;  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;  9) nie przysługuje Pani/Panu:  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;  **- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, c i f RODO**.  ***\*Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*  ***\*\*Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania,  w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*  **Wzór – Załącznik nr 1 do OZ**  **OFERTA WYKONAWCY**  N PełnaazwaWykonawcy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*    A Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*    Nr Nr telefonu i faksu, adres mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*  Os Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji, w tym do podpisania umowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*    **Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usług zabezpieczeń**  **medycznych w ramach działań policyjnych (Nr postępowania: WZP-4571/19/235/MP)**    **I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za poniższe ceny:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj Zespołu Medycznego** | **Szacunkowa liczba godzin zabezpieczeń**  **medycznych** | **Cena  netto \*\***  **za 1 h zabezpieczenia**  **medycznego** | **Wartość netto\*\***  **za zabezpieczenia medyczne**  **(kol. 3 x kol. 4)** | **Stawka**  **Podatku VAT\*** | **Wartość brutto\*\***  **za usługi zabezpieczenia medycznego (wartość netto powiększona o podatek VAT)** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | | **1.** | Podstawowy Zespół Ratownictwa Medycznego („P) | 156 |  |  | ZW |  | | **2.** | Specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego („S) | 596 |  |  | ZW |  | | **Cena oferty brutto w PLN (suma wartości brutto określonych w kol. 7 poz.1-2)** | | | | | |  | |   **II. Oświadczamy, że:**  1.Posiadamy wszelkie uprawnienia do wykonywania przedmiotu umowy.  2. Będziemy świadczyć usługi zabezpieczeń medycznych w czasie wskazanym przez Zamawiającego w zleceniu.  3. Termin płatności**:** zgodnie z Rozdz. XIX §6 ust. 4 z uwzględnieniem ust. 5 OZ stanowiącym ogólne warunki umowy.  **Uwaga:**  \* należy wpisać  \*\* do dwóch miejsc po przecinku, z uwzględnieniem zasady zaokrąglania, o której mowa w Rozdz. XII pkt 3 OZ  4. Jesteśmy/Nie jesteśmy\*\*\* małym przedsiębiorstwem\*\*\* /średnim przedsiębiorstwem\*\*\*  5. Zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w OZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.  6. Zawarte w Rozdziale XIX 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 ………………………………………………………………………………………………………………………. \*  9. Będziemy niezwłocznie potwierdzać fakt otrzymania wszelkiej korespondencji od Zamawiającego na nr faksu lub 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. Załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert, pod groźbą odpowiedzialności karnej.  **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 …………………………….\*  3. Zgłoszenia na zapotrzebowanie zabezpieczenia medycznego (zgodnie z § 4 ust. 6 i ust. 8 Rozdz. XIX OZ) należy zgłaszać na:  a) nr telefonu ……………\*. **(całodobowy) – dyspozytor –** Pani/Pan **…….** ……………………\*  b) nr telefonu ………………….\*. – Pani/Pan …………………………………………………………\*  c) nr telefonu ………………….\* – Pani/Pan ……………………*……………………………………..\**  d) adres e-mail ……………………….. \* lub nr faksu ………………………………….\*  4. Wyznaczamy do współpracy z Zamawiającym:  a) Pani/Pana …………\*, stanowisko ……...,\* nr telefonu …………………\*, adres e-mail …………………\*  b) Pani/Pana …………\*, stanowisko ……...,\* nr telefonu …………………\*, adres e-mail ……… ………… *\**  **PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Uwaga:**  \* należy wpisać  \*\*\* niepotrzebne skreślić  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**.  \*\*\*\* niepotrzebne skreślić - jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia pkt III ppkt 1 i nie wypełni pkt 2 Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia Podwykonawco  **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**  **N Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług zabezpieczeń**  **medycznych w ramach działań policyjnych (Nr postępowania: WZP-4571/19/235/MP)**  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**  **O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**  **N Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług zabezpieczeń**  **medycznych w ramach działań policyjnych (Nr postępowania: WZP-4571/19/235/MP)**  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)*  **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.          **Wzór - Załącznik nr 4 do OZ**  **WYKAZ WYKONANYCH/WYKONYWANYCH USŁUG**  **Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usług zabezpieczeń**  **medycznych w ramach działań policyjnych (Nr postępowania: WZP-4571/19/235/MP)**  przedstawiam/y wykaz usług wykonanych/wykonywanych, spełniających wymogi zawarte w Rozdz. III ppkt 2) OZ   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **ZLECAJĄCY usługi**  **(nazwa)** | **- PRZEDMIOT USŁUGI**  **- WARTOŚĆ USŁUGI**  **( W przypadku usług ciągłych (umowy trwającej) wartość wykonywanej usługi do terminu składania ofert,**  **W przypadku usługi zakończonej (umowy zakończonej) wartość umowy** | **Data zakończenia**  **(dzień/miesiąc/rok)** | | **Na spełnienie warunku udziału w postępowaniu określonego w Rozdz. III ppkt 2) OZ** | | | | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | …… |  |  |  | | **W celu przyznania punktów w kryterium oceny ofert doświadczenie w wykonywaniu usługi zabezpieczenia medycznego na rzecz służb mundurowych, spełniającej wymogi zawarte  w Rozdz. XIII lit B pkt 1) OZ** | | | | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  |   Do wykazu dołączamy dowody potwierdzające, że wszystkie ww. usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, **zarówno na spełnianie warunku określonego w Rozdz. III ppkt 2) OZ jak i w Rozdz. XIII lit. B pkt 1)** Dowodami, o których mowa powyżej, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz, którego usługi były wykonywane; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.  **PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY** |  |  |

**Wzór - Złącznik nr 5 do OZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O DYSPONOWANIU POTENCJAŁEM TECHNICZNYM WRAZ Z INFORMACJĄ O PODSTAWIE DO DYSPONOWANIA TYMI ZASOBAMI**

**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usług zabezpieczeń**

**medycznych w ramach działań policyjnych (Nr postępowania: WZP-4571/19/235/MP)**

* + 1. **Oświadczamy, że dysponujemy Podstawowymi i Specjalistycznymi Zespołami Ratownictwa Medycznego w liczbie wskazanej w poniższej tabeli:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zespół Ratownictwa Medycznego** | **Podstawa dysponowania potencjałem technicznym**  **(- zasoby własne,**  **- Podwykonawca nie będący podmiotem na którego zasoby powołuje się Wykonawca,**  **- Podwykonawca, na zasoby których Wykonawca powołuje się w celu spełniania warunku określonego w Rozdz. III ppk 3 OZ)**  **(** |
| **1** | **2** |
| Specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego („S”)…\*\*(**min. 5)**  **dysponuje/będę dysponował \*\*\*** | **…………………………………….\*** |

* + 1. Oświadczam/y, że Zespoły Ratownictwa Medycznego posiadają :
       - 1. personel medyczny,
         2. pojazdy;
         3. sprzęt i aparaturę medyczną

zgodną z wymaganiami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i innymi obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie

**PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY**

**............................................................**

**Uwaga:**

**\***

**\*\* - wpisać. W przypadku niepisania Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje liczbę Zespołów wskazaną w nawiasie**

**\*\* - niepotrzebne skreślić**

**Słowniczek:**

**dysponuję potencjałem technicznym – na dzień składania ofert Wykonawca dysponuje zespołami medycznymi – wówczas jako podstawę dysponowania Wykonawca ma wpisać podstawę dysponowania np. zasoby własne. Podwykonawca nie będący podmiotem na którego zasoby powołuje się Wykonawca**

**będę dysponował potencjałem technicznym – wówczas jako podstawę dysponowania Wykonawca powinien wpisać np. zobowiązanie innego podmiotu udostepniającego zespół/y medyczny/e. W sytuacji opisanej w zdaniu pierwszym Wykonawca musi dołączyć do oferty zobowiązanie *(wzór – załącznik nr 6 do OZ).***

**Wzór - Załącznik nr 6 do OZ**

**ZOBOWIĄZANIE INNEGO PODMIOTU O ODDANIU DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI ZAWODOWEJ I/LUB TECHNICZNEJ**

**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usług zabezpieczeń**

**medycznych w ramach działań policyjnych (Nr postępowania: WZP-4571/19/235/MP)**

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

*(nazwa Podmiotu)*

zobowiązujemy się do oddania do dyspozycji ....................................................................................

*(nazwa Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia)*

* + 1. niezbędnych zasobów w zakresie potencjału technicznego i/lub zdolności zawodowej \* poprzez udział w realizacji zamówienia w charakterze Podwykonawcy/w innej formie: ……………………………………………………………………………………………………………...

*(określić formę korzystania z zasobów innego podmiotu)*

na okres realizacji zamówienia

\* - niepotrzebne skreślić

**DATA PODPIS I PIECZĘĆ PODMIOTU**

**....................................... .......................................................................**