**Wzór – Załącznik nr 1 do OZ**

**OFERTA WYKONAWCY**

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

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

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na usługi społeczne **„Całodobowa obsługa stajenna koni ”** Nr postępowania: **WZP 711/20/45/Z.**

**I. Oferujemy** wykonywanie **przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Planowa ilości dni świadczenia usługi przyjęta do wyliczenia ceny oferty. Usługa będzie świadczona przez okres 24 miesięcy | Cena jednostkowa netto w PLN za 1 dzień świadczenia usługi w zakresie 1 konia | Stawka podatku VAT | Cena oferty brutto w PLN(kol. 3x4) powiększona o stawkę podatku VAT |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | Całodobowa obsługa stajenna koni | 730 | ……….\*\* | …..........%\* | ………....……\*\* |

**II. Oświadczamy, że:**

1. Dysponujemy …...\*\*\*(min. 2) osobami posiadającymi
	1. Osoba nr 1 …. (*podać ilość lat doświadczenia wskazanych osób*) \* (min 1 rok każda osoba) letnie doświadczenie zawodowe przy obsłudze stajennej koni.
	2. Osoba nr 2 …. (*podać ilość lat doświadczenia wskazanych osób*) \* (min 1 rok każda osoba) letnie doświadczenie zawodowe przy obsłudze stajennej koni.
	3. Osoba nr 3 …. (*podać ilość lat doświadczenia wskazanych osób*) \* (min 1 rok każda osoba) letnie doświadczenie zawodowe przy obsłudze stajennej koni.
2. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług obowiązek odprowadzenia podatku z tytułu wykonywania usługi powstaje po stronie ………………………..\* (*Wykonawcy lub Zamawiającego*).
3. Oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania zawarte w załącznik nr 5 do OZ – opis przedmiotu zamówienia.
4. Jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem\*\*\*\* /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. **Termin płatności:** 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury.
7. 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.
8. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w  OZ tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. 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.
10. 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.
11. 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**

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

* + - 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO**1)** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**2)**

**1)**rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

**2)** W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

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

 \* należy wpisać (w przypadku pkt. II ppkt 1 nie wpisania ilości osób/ lat doświadczenia zawodowego Zamawiający przyjmie minimalna ilość osób oraz minimalny wymagany okres 1 roku ) ( w przypadku pkt. II ppkt 2 niewpisania informacji , Zamawiający uzna że podatek odprowadza Wykonawca)

\*\* do dwóch miejsc po przecinku

\*\*\* niepotrzebne skreślić - jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia pkt III ppkt 1 i nie wypełni ppkt 2 , 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. „Całodobowa obsługa stajenna koni”, **WZP-711/20/45/Z** 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. „ Całodobowa obsługa stajenna koni”, **WZP – 711/20/45/Z** 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***

**Oświadczenie podmiotu o oddaniu Wykonawcy swoich zasobów**

**w zakresie zdolności technicznych/zawodowych**

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

 *(nazwa Podmiotu)*

zobowiązujemy się do oddania do dyspozycji Wykonawcy : ...................................................................................................................................

 *(nazwa Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia)*

niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia pn. ***„Całodobowa obsługa stajenna koni” (nr ref.: WZP-711/20/45/Z)***, w związku z powołaniem się na te zasoby w celu spełniania warunków udziału w postępowaniu przez Wykonawcę w zakresie zdolności technicznych/zawodowych poprzez udział w realizacji zamówienia w charakterze Podwykonawcy w zakresie …………………………………………. *(należy wypełnić w takim zakresie w jakim podmiot zobowiązuje się oddać Wykonawcy swoje zasoby w zakresie zdolności technicznych/ zawodowych)*

na okres ………………………

DATA PODPIS I PIECZĘĆ PODMIOTU

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

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

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

1. **Przedmiotem zamówienia są całodobowe usługi stajenne dla maksymalnie 22 koni służbowych dla KSP przez okres od 01.05.2020 r. do 30.04.2022 r., tj. przez 730 dni.**
2. Liczba koni może się zmieniać – zwiększać lub zmniejszać. Liczba koni zależy od zakupów, stanu zdrowia, utraty sprawności użytkowej, padnięć, niewydania atestu itp. W związku z tym **usługa będzie rozliczana ryczałtowo przez cały okres jej trwania, niezależnie od liczby obsługiwanych koni.**
3. Zamawiający na czas sporządzania dokumentacji zakupowej, tj. na dzień 07.02.2020 r. oświadcza, że posiada 16 koni służbowych.
4. Wykonawca zobowiązuje się do podawania dostarczonego przez Zamawiającego wyżywienia zgodnie z Zarządzeniem Komendanta Głównego Policji nr 884/2009 z dnia
21 lipca 2009 r. *w sprawie metod i form wykonywania przez policjantów zadań z użyciem koni służbowych, szczegółowych zasad szkolenia oraz norm wyżywienia (Dz. Urz. KGP z 2009 r. poz. 51, z późn. zm.)*, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb koni (konie na diecie, dodatkowe karmienie, itp.), zgodnie z wymiarem rzeczowym norm wyżywienia, dziennie w gramach
na 1 konia – określonych w poniższej tabeli\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa artykułu | Dzienna norma wyżywienia 1 konia służbowego (g) |
| 1 | Otręby pszenne | 2000 |
| 2 | Siemię lniane | 100 |
| 3 | Marchew | 1500 |
| 4 | Sól lizawka | 10 000 na 24 miesiące\*\* |
| 5 | Owies | 8000 |
| 6 | Siano | do 12000\*\*\* |
| 7 | Słoma | 8000 |
| 8 | Mieszanki pełnoporcjowe\*\*\* | Zgodnie z zaleceniem lekarza weterynarii |
| 9 | Dodatki paszowe\*\*\* | Zgodnie z zaleceniem lekarza weterynarii |

\* Jedna kostka soli o wadze 10 000 gramów na 24 miesiące.

\*\* Norma dzienna siana dla koni została zwiększona. Siano będzie podawane zgodnie
z zaleceniem lekarza weterynarii, indywidualnie dla każdego konia.

\*\*\* Mieszanki pełnoporcjowe i dodatki paszowe będą podawane tylko na zalecenie lekarza weterynarii, indywidualnie dla każdego konia.

1. Wykonawca zapewni karmienie koni 3 razy dziennie lub w szczególnych przypadkach według potrzeb i zaleceń lekarza weterynarii.
2. Wykonawca musi zapewnić całodobowy dozór koni, poza tym: karmienie koni, dościelanie słomy, wymiana ściółki,
3. Wyrzucanie obornika wraz z jego składowaniem w miejscu do tego wyznaczonym leży po stronie Wykonawcy.
4. Wykonawca musi zapewnić ruch koni, wyprowadzanie na padok/karuzelę zgodnie
ze zgłoszonymi przez Zamawiającego potrzebami w tym zakresie oraz mycie nóg z błota
w razie potrzeby.
5. Wykonawca musi zadbać o czystość w boksach, korytarzach stajennych oraz na terenie bezpośrednio przyległym do stajni.
6. Wykonawca musi zadbać o czystość myjni dla koni oraz udrażnianie kanału ściekowego.
7. Wykonawca co 2 miesiące zapewni mycie boksów i korytarzy myjką ciśnieniową dostarczoną przez Zamawiającego.
8. Wykonawca przeprowadzi dezynfekcję i odkażanie boksów raz na kwartał środkami dostarczonymi przez Zamawiającego.
9. Wykonawca zapewni oczyszczanie i omiatanie pomieszczeń stajennych z kurzu
i pajęczyn.
10. Czyszczenie poideł oraz żłobów stajennych oraz ich mycie nie rzadziej niż 1 raz
w tygodniu.
11. Wykonawca zadba o utrzymanie czystości podłoża bezściółkowego typu pellet, trociny.
12. Wykonawca będzie dokonywał dościółki pozwalającej zachować suchość podłoża oraz wymiany ściółki w boksie co najmniej raz w tygodniu.
13. Wykonawca musi zapewnić obsługę stajenną zgodnie z tabelą „Wykaz usług stajennych
do wykonania przy koniach służbowych KSP” umieszczoną poniżej:

***WYKAZ USŁUG STAJENNYCH DO WYKONANIA PRZY KONIACH SŁUŻBOWYCH KSP:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **USŁUGA** | **CZĘSTOTLIWOŚĆ WYKONANIA** | **GODZINY** | **UWAGI** |
| 1 | Karmienie koni | 3 x dziennie siano | 7.00 – 13.00 – 20.00 | - |
| 2 x dziennie owies | 07.00 – 20.00 | - |
| 1 x w tygodniu mesz | 20.00 | piątek |
| 1 x dziennie marchew | 13.00 | w miesiącach: styczeń, luty, listopad, grudzień,  |
| sól lizawka na bieżąco | - | - |
| mieszanki pełnoporcjowe | - | zgodnie z zaleceniem lekarza weterynarii |
| 2 | Wymiana ściółki w boksach | 1 x w tygodniu | - | - |
| 3 | Dościelanie słomy w boksach | 1 x dziennie | 07.00 | - |
| 4 | Dozór koni | całodobowo | - | - |

oraz z zachowaniem wymagań określonych w:

17.1. Rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 4 sierpnia 2017 r. *w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy obsłudze zwierząt gospodarskich (Dz. U. 2017 r., poz. 1692),*

17.2. Rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 20 stycznia 2004 r. *w sprawie minimalnych warunków utrzymywania poszczególnych gatunków zwierząt wykorzystywanych do celów rozrywkowych, widowiskowych, filmowych, sportowych i specjalnych (Dz. U. 2004 r., Nr 16, poz. 166).*

17.3.Zarządzeniu Komendanta Głównego Policji nr 884/2009 z dnia 21 lipca 2009 r. *w sprawie metod
i form wykonywania przez policjantów zadań z użyciem koni służbowych, szczegółowych zasad szkolenia oraz norm wyżywienia (Dz. Urz. Komendy Głównej Policji z 2009 r. poz. 51 z późn. zm.).*

***Wzór – Załącznik nr 6 do OZ***

Postępowanie prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego na usługi społeczne na „Całodobową obsługę stajenną koni”, numer postępowania WZP-711/20/45/Z.

WYKAZ USŁUG

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **ZLECAJĄCY** **(nazwa, adres)** | **Rodzaj usługi** | **Wartość wykonanych usług w PLN (brutto)** | **Data zakończenia** ***dzień/miesiąc/ rok*** |
| *1* | *2* | *4* | *5* | *6* |
| 1 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 7 do OZ**

Postępowanie prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego na usługi społeczne na „Całodobową obsługę stajenną koni”, numer postępowania WZP-711/20/45/Z.

WYKAZ OSÓB

KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Doświadczenie zawodowe** (podać nazwy i adresy miejsc pracy oraz ilość miesięcy/lat pracy w danym miejscu pracy) | **Podstawa dysponowania osobami** *(umowa o pracę na czas nieokreślony/ określony do dnia …. , umowa zlecenie, samozatrudnienie)\** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

 Podpis i pieczęć Wykonawcy

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

***Słowniczek:***

\*Samozatrudnienie – wpisać tylko w przypadku Wykonawcy, który prowadzi działalność gospodarczą i składa ofertę.

W przypadku innych osób, które prowadzą działalność gospodarczą , a nie składają oferty jako Wykonawcy wpisać – Podwykonawca i złożyć załącznik nr 4 do OZ