**Dotyczy: Części nr 1 – 24h w święta oraz 156h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 1** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **156h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 2 – 24h w święta oraz 156h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 2** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **156h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 3 – 24h w święta oraz 216h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 3** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **216h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 4 – 24h w święta oraz 408h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 4** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **408h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 5 – 24h w święta oraz 408h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 5** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **408h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 6 – 24h w święta oraz 456h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 6** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **456h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 7 – 24h w święta oraz 456h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 7** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **456h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 8 – 24h w święta oraz 540h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 8** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **540h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 9 – 24h w święta oraz 540 h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 9** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **540h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 10 – 24h w święta oraz 768h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 10** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **768h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 11 – 24h w święta oraz 768h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 11** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **768h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 12 – 24h w święta oraz 768h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 12** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **768h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 13 – 24h w święta oraz 768h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 13** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **768h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 14 – 24h w święta oraz 996h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 14** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **996h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*

**Dotyczy: Części nr 15 – 24h w święta oraz 996h w dni powszednie.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji**

**Zamawiający:**

**Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie** reprezentowane przez

**Dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie**, **ul. Probostwo 6a, 20-089 Lublin**

**Nazwa zamówienia:**

**Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin**

**Wykonawca:** *(należy wpisać imię i nazwisko lub pełną nazwę i adres Wykonawcy oraz NIP)*

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

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

**Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** *(podać właściwe, przy wpisie do rejestru nazwę rejestru i nr w rejestrze)*:

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

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

1. Oświadczam, że jestem:

 mikro,  małym,  średnim przedsiębiorcą,  prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  inny

*\*Należy zaznaczyć właściwe. Uwaga: Powyższa informacja służy Zamawiającemu do wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 81 ust. 1 ustawy Pzp i nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Składając ofertę w postępowaniu na: ***Świadczenie usług zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin* oferuję:**

- wykonanie przedmiotu zamówienia **w zakresie Części nr 15** na warunkach określonych   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym we wzorze umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Warunków Zamówienia, **które niniejszym akceptuję za cenę brutto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba godzin w dni powszednie\*** | **Liczba godzin w święta**  **(zgodnie z pkt. 13 SWZ)\*** | **Cena za jedną godzinę w dzień powszedni BRUTTO**  **PLN** | **Cena za jedną godzinę w święta BRUTTO**  **PLN** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w dzień powszedni** | **Wartość BRUTTO**  **liczba godzin x stawka za 1 godzinę w święta** |
| **1.** | **996h** | **24h** | **…………… zł** | **………………….. zł** | **…………………. zł** | **…………………. zł** |

**Całkowita wartość oferty brutto:**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł)

stawka VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(%)

1. Zobowiązujemy się do należytego wykonania całości Przedmiotu zamówienia w terminie:

**od dnia 1 stycznia 2026 r. - w przypadku zawarcia umowy przed 1 stycznia 2026 r.**

**lub od daty zawarcia umowy - w przypadku zawarcia umowy po 1 stycznia 2026 r.**

do dnia 31.12.2026 r.

1. Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia, tj. Pan/Pani ………………………………………………………………… *(podać imię i nazwisko)* posiadający/a prawo wykonywania zawodu nr ………………………………………….

*(należy wskazać tę samą osobę bądź osoby, które zostaną wymienione  
w wykazie osób wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych tych osób oraz przy każdej z tych osób wskazać numer prawa wykonywania zawodu):*

* posiada/ją / nie posiada/ją\* doświadczenie w świadczeniu usług medycznych polegające w szczególności na: pomocy medycznej dla osób wymagających natychmiastowej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ocenie stanu zdrowia pacjenta, udzielaniu doraźnej pomocy, sprawowaniu całodobowego nadzoru medycznego, np. praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych – ……………………… *(w miesiącach).*
* Oświadczam, iż w/w osoba nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w [art. 189a](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjrgy) i [art. 207](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytonrsgm3diltqmfyc4nrtg43dqnjzga) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
* Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do upływu terminu określonego  
   w pkt 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Zamierzam powierzyć podwykonawcom** wykonanie następujących części zamówienia *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca* ***zamierza*** *powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców*** *(jeżeli firmy te są Wykonawcy znane*) *– dotyczy wyłącznie podwykonawców,* ***na zdolnościach których wykonawca nie polega***)**:**

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

1. **Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania  
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku\*\*: \_\_\_\_\_\_\_z**ł** stawka VAT\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. Oświadczam, że: wyślę ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną / nie wyślę ustrukturyzowanej faktury elektronicznej\*.

***Uwaga:*** *Powyższa informacja nie stanowi o ważności oferty. W przypadku braku odpowiedniego wypełnienia, Wykonawca zostanie poproszony o podanie niniejszej informacji.*

1. Oświadczam, że akceptuje iż wynagrodzenie przekazywane będzie na konto podane przez Wykonawcę w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku przez Zamawiającego.
2. Niniejszym informujemy, iż w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji do oferty:

 **nie zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.

 **zostały** załączone informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z pisemnym uzasadnieniem skuteczności dokonania powyższej czynności.

\*należy zaznaczyć właściwe. W przypadku brak wskazania wyboru oraz nie dołączenia/oznaczenia dokumentów jako tajemnica przedsiębiorstwa Wykonawca oświadcza, iż do oferty nie zostały załączone informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa.

1. **Oświadczam,** że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.1

*(****podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentacji****)*

UWAGA! Dokument musi zostać opatrzony elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

*\*) właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne usunąć, skreślić*

*\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie” lub zaznaczył „będzie”*

*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).*