

Załącznik nr 2 do Zapytania Publicznego

Znak postępowania 170000.273.10.2024-ZAP

Nazwa (firma) Wykonawcy

Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu

Nr telefonu

Adres e-mail

REGON

NIP

Reprezentowany przez: imię, nazwisko

Do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**Oddział w Koszalinie****ul. Juliana Fałata 30, 75-434 Koszalin****(Zamawiający)****Formularz oferty****I. Przedmiot i cena oferty**

1. W odpowiedzi na Zapytanie publiczne, którego przedmiotem jest świadczenie usług medycznych z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Oddziału ZUS w Koszalinie, podległych Inspektoratów, pracowników rezydentów z innych oddziałów Zakładu a także kandydatów do zatrudnienia, stażystów, składam niniejszą ofertę:

łącna wartość brutto za całość zamówienia (kwota przeniesiona z Formularza cenowego): zł**stawka podatku VAT: zw.**

2. Ceny jednostkowe za badania i czynności w podziale na grupy i lokalizacje zostały określone w Formularzu cenowym.

3. Oświadczamy, że wskazane ceny obejmują wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

II. Oświadczenia

1. Potwierdzam okres związania ofertą, który wynosi 30 dni.
2. Zakres usługi będzie zgodny z zakresem wskazanym w pkt 2 przedmiotowego Zapytania publicznego, tzn. będzie obejmował: świadczenie usług medycznych z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Oddziału ZUS w Koszalinie, podległych Inspektoratów, pracowników rezydentów z innych oddziałów Zakładu a także kandydatów do zatrudnienia, stażystów.
3. Badania wykonywane będą w placówkach medycyny pracy zlokalizowanych na terenie miasta:
 - 3.1. Koszalin (należy wskazać adres lokalizacji):
 - 3.2. Szczecinek (należy wskazać adres lokalizacji):
 - 3.3. Świdwin (należy wskazać adres lokalizacji):
 - 3.4. Wałcz (należy wskazać adres lokalizacji):

Miejsca wykonywania badań wskazane w pkt 3.1. – 3.4. są obligatoryjne.

4. Oferuję dodatkowe placówki medycyny pracy, w których wykonywane będą badania, które zlokalizowane są na terenie miasta:
 - 4.1. Białogard (należy wskazać adres lokalizacji):
 - 4.2. Kołobrzeg (należy wskazać adres lokalizacji):
 - 4.3. Drawsko Pomorskie (należy wskazać adres lokalizacji):

Należy wskazać oferowane dodatkowe miejsca.

W przypadku nie wypełnienia Zamawiający przyjmie, że Wykonawca nie oferuje dodatkowych miejsc wykonywania badań.

5. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego .
6. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu wskazane w pkt 3 przedmiotowego Zapytania publicznego:
 - 1) posiadam zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
 - 2) posiadam uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów, tj.:

posiadam wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Na potwierdzenie niniejszego warunku do Formularza ofertowego załączam aktualny dokument potwierdzający wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub aktualną Księgę Rejestrową zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - zgodnie pkt. 3.2. Zapytania publicznego;
 - 3) znajduję się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
 - 4) posiadam zdolności techniczne lub zawodowe niezbędne do wykonania zamówienia, tj. skieruje do realizacji zamówienia.
7. Oferuję wykonanie zamówienia na warunkach wskazanych w pkt 4 przedmiotowego Zapytania publicznego.

8. Akceptuję projekt wzoru umowy, który stanowi załącznik nr 1 do Zapytania oraz wszystkie wymagania w nim zawarte.
9. Oświadczam, że cena oferty uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
10. Oświadczam, że zamierzam powierzyć Podwykonawcom wykonanie zamówienia w zakresie: (należy określić odpowiedni zakres wraz z podaniem firm Podwykonawców (o ile są znane) - lub pozostawić bez wypełnienia, jeżeli nie dotyczy)

1) Firma (nazwa) Podwykonawcy:
adres:
Zakres (część zamówienia) do wykonania:
.....

2) Firma (nazwa) Podwykonawcy:
adres:
Zakres (część zamówienia) do wykonania:
.....

3) Firma (nazwa) Podwykonawcy:
adres:
Zakres (część zamówienia) do wykonania:
.....

W przypadku powierzenia wykonania części zamówienia Podwykonawcy, należy złożyć wraz z ofertą dokument, o których mowa w ust. 6 pkt 2) dla wskazanego powyżej Podwykonawcy, wymagany przy realizacji wskazanego zakresu zamówienia.

11. Oświadczam, że nie będę zgłaszał żadnych roszczeń w przypadku unieważnienia przez Zamawiającego postępowania, w którym składana jest niniejsza oferta.
12. Oświadczam, że została mi przedstawiona zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informacja dotycząca przetwarzania moich danych osobowych.
13. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia.**

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

III. Załączniki do formularza ofertowego

1. Formularz cenowy (zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Zapytania publicznego).
2. Aktualny dokument potwierdzający wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub aktualna Księga Rejestrowa zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Pełnomocnictwo określające zakres uprawnień osoby upoważnionej przez Wykonawcę do jego reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy, wystawione zgodnie z wymogami prawa, podpisane przez Wykonawcę – **jeśli dotyczy**.

Miejscowość, data

kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany/ czytelny podpis (lub parafa i pieczętka imienna)
złożony przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną