

**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

## 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:

**łączna wartość brutto za całość zamówienia (kwota przeniesiona z Formularza cenowego):** ……… zł

**stawka podatku VAT: zw.**

1. Ceny jednostkowe za badania i czynności w podziale na grupy i lokalizacje zostały określone   
   w Formularzu cenowym.
2. Oświadczamy, że wskazane ceny obejmują wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

## 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:
   1. Koszalin (należy wskazać adres lokalizacji): ………………………………………………………………………….
   2. Szczecinek (należy wskazać adres lokalizacji): …………………………………………………………………….
   3. Świdwin (należy wskazać adres lokalizacji): ………………………………………………………………………..
   4. Wałcz (należy wskazać adres lokalizacji): ……………………………………………………………………………

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

1. Oferuję dodatkowe placówki medycyny pracy, w których wykonywane będą badania, które zlokalizowane są na terenie miasta:
   1. Białogard (należy wskazać adres lokalizacji):
   2. Kołobrzeg (należy wskazać adres lokalizacji):
   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.**

1. 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 .
2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu wskazane w pkt 3 przedmiotowego Zapytania publicznego:
3. posiadam zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
4. 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;

1. znajduję się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
2. posiadam zdolności techniczne lub zawodowe niezbędne do wykonania zamówienia, tj. skieruje do realizacji zamówienia.
3. Oferuję wykonanie zamówienia na warunkach wskazanych w pkt 4 przedmiotowego Zapytania publicznego.
4. Akceptuję projekt wzoru umowy, który stanowi załącznik nr 1 do Zapytania oraz wszystkie wymagania w nim zawarte.
5. Oświadczam, że cena oferty uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
6. 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: ……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Firma (nazwa) Podwykonawcy: ………………………………………………………………………………………………..

adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zakres (część zamówienia) do wykonania: ……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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.

1. Oświadczam, że nie będę zgłaszał żadnych roszczeń w przypadku unieważnienia przez Zamawiającego postępowania, w którym składana jest niniejsza oferta.
2. 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.
3. 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).

## 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 pieczątka imienna) złożony przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną