**FORMULARZ OFERTY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł postępowania: | **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowej opieki medycznej.** |
| Znak sprawy:  | **ZP-2402-1/23** |
| Zamawiający:  | **Instytut Chemii Organicznej Polskiej Akademii Nauk** |
| Tryb udzielenia zamówienia: | **Tryb podstawowy bez negocjacji** na podstawie art. 275 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz.U. z 2022 poz. 1710 z późn. zm.) |

Przystępując do postępowania oferujemy realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z zasadami określonymi w Specyfikacji warunków zamówienia.

1. **DANE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: | ………………………………………………………………..………… |
| Adres Wykonawcy: | ………………………………………………………………..………… |
| Adres do korespondencji:*(o ile dotyczy)* | ………………………………………………………………..………… |
| NIP: | ………………………………………………………………..………… |
| Nr KRS *(jeżeli dotyczy)* | ………………………………………………………………..………… |
| Bank/nr konta[[1]](#footnote-1): | ………………………………………………………………..………… |
| Osoba do kontaktu: | ………………………………………………………………..………… |
| tel. / fax. | ………………………………………………………………..………… |
| e-mail: | ………………………………………………………………..………… |

Oświadczamy, że jesteśmy *(zaznaczyć właściwie)*:

|  |  |
| --- | --- |
| **☐** | Mikroprzedsiębiorstwem |
| **☐** | Małym przedsiębiorstwem  |
| **☐** | Średnim przedsiębiorstwem |
| **☐** | Dużym przedsiębiorstwem |

|  |
| --- |
| Osoba/y upoważniona/e do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca/e ofertę: |
| Imię i nazwisko | …………………………………………….……………..………… |
| stanowisko /podstawa do reprezentacji | …………………………………………….……………..………… |

1. **CENA OFERTOWA:**
2. Cena opieki medycznej dla pracownika i/lub doktoranta oraz kandydata do pracy (medycyna pracy)

Oferujemy świadczenie usług wg następujących stawek jednostkowych:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa usługi | Cena jedn. netto (PLN) | Stawka podatku VAT (%) | Kwota podatku VAT (PLN)/kol.2 x kol.3/ | Cena jedn. brutto (PLN)/kol.2+kol.4/ | Ilość szt. | **Cena oferty brutto (PLN)**/kol.5\*kol.6/ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Usługa medyczna, Pakiet Medycyna Pracy |  |  |  |  | 191 |  |

Uwaga: Informacje zawarte w tabeli będą podlegały ocenie w ramach: Kryterium nr 1 „Cena opieki medycznej dla pracownika - MP”,

1. Cena dodatkowej opieki medycznej dla pracownika i/lub doktoranta (pakiet pracownika)

Oferujemy świadczenie usług wg następujących stawek jednostkowych:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa usługi | Cena jedn. netto (PLN) | Stawka podatku VAT (%) | Kwota podatku VAT (PLN)/kol.2\*kol.3/ | Cena jedn. brutto (PLN)/kol.2+kol.4/ | Ilość szt. | **Cena oferty brutto (PLN)**/kol.5\*kol.6/ |
| 1 | 2/ | /3/ | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Usługa medyczna, Pakiet Pracownika |  |  |  |  | 191 |  |

Uwaga: Informacje zawarte w tabeli będą podlegały ocenie w ramach: Kryterium nr 2 „Cena opieki medycznej dla pracownika i/lub doktoranta - P”,

1. Cena dodatkowej opieki medycznej dla członka rodziny pracownika i/lub doktoranta.

Oferujemy świadczenie usług wg następujących stawek jednostkowych (zaznaczyć jedną właściwie):

|  |  |
| --- | --- |
| **☐** | **Metoda I (Pakiet Partnerski i Pakiet Rodzinny)** |
| **☐** | **Metoda II (Pakiet Członka Rodziny)** |

Uwaga: Wykonawca jest zobowiązany wskazać tylko jedną preferowaną metodę rozliczenia, która będzie podstawą porównania ofert.

W przypadku zaznaczenia Metody I należy wypełnić Tabelę: Cena dodatkowej opieki medycznej dla członka rodziny pracownika – Metoda I.

W przypadku zaznaczenia Metody II należy wypełnić tabelę: cena dodatkowej opieki medycznej dla członka rodziny pracownika – Metoda II.

**Cena dodatkowej opieki medycznej dla członka rodziny pracownika i/lub doktoranta – Metoda I**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa usługi | Cena jedn. netto (PLN) | Stawka podatku VAT (%) | Kwota podatku VAT (PLN)/kol.2\*kol.3/ | Cena jedn. brutto (PLN)/kol.2+kol.4/ | Ilość szt. | **Cena oferty brutto (PLN)**/kol.5\*kol.6/ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Usługa medyczna, Pakiet Partnerski |  |  |  |  | 35 |  |
| Usługa medyczna, Pakiet Rodzinny |  |  |  |  | 21 |  |
| RAZEM: |  |

Uwaga: Informacje zawarte w tabeli będą podlegały ocenie w ramach: Kryterium nr 3 „Cena opieki medycznej dla członka rodziny - R” – Metoda I

**Cena dodatkowej opieki medycznej dla członka rodziny pracownika i/lub doktoranta – Metoda II**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa usługi | Cena jedn. netto (PLN) | Stawka podatku VAT (%) | Kwota podatku VAT (PLN)/kol.2\*kol.3/ | Cena jedn. brutto (PLN)/kol.2+kol.4/ | Ilość szt. | **Cena oferty brutto (PLN)**/kol.5\*kol.6/ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Usługa medyczna, Pakiet Członka Rodziny |  |  |  |  | 88 |  |

Uwaga: Informacje zawarte w tabeli będą podlegały ocenie w ramach: Kryterium nr 3 „Cena opieki medycznej dla członka rodziny - R” – Metoda II.

1. Dyżur 24 h/dobę

Oferujemy całodobowy doraźny dyżur lekarza chorób wewnętrznych (internisty) oraz lekarza pediatry, przez cały okres trwania Umowy (zaznaczyć właściwie):

|  |  |
| --- | --- |
| **☐** | **TAK** |
| **☐** | **NIE** |

Uwaga: Informacje będą podlegały ocenie w ramach: Kryterium nr 4 „Dyżur 24 h/dobę – D”.

1. Zniżka na usługi medyczne nieobjęte pakietem

Oferujemy zniżki na usługi nie objęte Pakietem, przez cały okres trwania Umowy (zaznaczyć właściwie):

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | **TAK** |
| ☐ | **NIE** |

Jeżeli zaznaczono „**TAK**”, najwyższy rabat zaoferowany rabat na usługi nieobjęte Pakietem wynosi: …......…%.

Informacje o zaoferowanych rabatach powinny być wyszczególnione w załączonym do niniejszej Oferty „Szczegółowym wykazie usług oferowanego przedmiotu zamówienia”.

Uwaga: Informacje będą podlegały ocenie w ramach: Kryterium nr 5 „Zniżka na usługi nieobjęte Pakietem – Z”.

1. **OŚWIADCZENIA:**
2. Oferujemy realizację zamówienia w terminie **12 miesięcy** od dnia 1 kwietnia 2023 roku.
3. Oświadczamy, że zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się do stosowania i ścisłego przestrzegania warunków w niej określonych.
5. Oświadczamy, że dostępność do lekarzy: specjalisty chorób wewnętrznych (internista) oraz pediatry będzie wynosiła max. 2 dni robocze (wizyty stacjonarne lub teleporada) w całym okresie trwania umowy.
6. Oświadczamy, że oferta jest zgodna ze szczegółowym opisem zawartym w **Załączniku nr 1** do SWZ – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczamy, że zamówienie zrealizowane zostanie **(*niepotrzebne skreślić)***
* siłami własnymi: TAK / NIE
* z pomocą podwykonawcy: TAK / NIE

 który realizować będzie część zamówienia obejmującą:

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

 Dane podwykonawcy: ……………………………………………………………………….

Lista podwykonawców tj. placówek partnerskich współpracujących z Wykonawcą stanowi załącznik do formularza oferty.

1. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności: przelew w terminie do 14 dni od daty otrzymania faktury. Płatność nastąpi z zastosowaniem metody podzielonej płatności.
2. Oświadczamy, że przedstawione ogólne warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się – w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na tych warunkach, w miejscu, w formie i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO **[[2]](#footnote-2)** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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

1. Wskazuję, że dokumenty potwierdzające, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowych ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych *(zaznaczyć właściwe – jeśli dotyczy)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐** | KRS:  | <https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/>  |
| **☐** | CEIDG: | <https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search>  |
| **☐** | Inne:  | …………………………………………………………………….. (podać dostęp) |

*(Jeżeli dokument rejestrowy nie jest dostępny w formie elektronicznej pod ww. adresami internetowych ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych – do oferty należy załączyć właściwy dokument rejestrowy.).*

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą **przez okres 30 dni** od upływu terminu składania ofert, przy czym pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert.
2. **SPIS DOKUMENTÓW:**

Ofertę stanowią następujące dokumenty *(wymienić właściwie)*:

1. Załącznik Nr 2 do SWZ - Formularz Oferty;
2. Załącznik Nr 3 do SWZ - Tabela zgodności oferowanego przedmiotu zamówienia z wymogami Zamawiającego;
3. Szczegółowy wykaz usług oferowanego przedmiotu zamówienia;
4. Załącznik Nr 4 do SWZ - Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych;
5. Załącznik nr 6 do SWZ - Oświadczenie Wykonawcy dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu;
6. Dokument potwierdzający, że Wykonawca posiada przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej;
7. Dokument potwierdzający, że Wykonawca posiada obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
8. Dokument potwierdzający, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania *(jeśli dotyczy)*;
9. Pełnomocnictwo *(jeśli dotyczy);*
10. Lista podwykonawców tj. placówek partnerskich współpracujących z Wykonawcą *(jeśli dotyczy).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |  |
| ………………..…………… | ….………………..…… | …………………..……….………………………… |
|  |  |  |
| *Miejscowość*  | *Data* | *Podpis upoważnionego**przedstawiciela Wykonawcy* |

1. Podany przez Wykonawcę nr rachunku bankowego, na który będą realizowane płatności, musi być ujawniony w *Wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT*, patrz: <https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka> (**jeśli dotyczy**). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)