**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .............................................................................................................

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

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

**Numer telefonu / faxu** ……………………………………………………………….

**Adres e-mail** ................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ………………………………………………………………….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, 05-800 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na **usługę transportu chorych dializowanych w stacji dializ** Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, z dnia 09.08.2019 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 584180-N-2019 oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* + - * 1. Oferujemy świadczenie **usługi transportu chorych dializowanych w stacji dializ**, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, w okresie świadczenia usługi – 12 miesięcy w kwocie :

„netto” ...................... PLN, (słownie: ............................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ..........................................................................

.................................................................................................... złotych).

Formularza Asortymentowo- cenowego – zał. Nr 2 do SIWZ

* + - * 1. Wykaz środków transportu i pracowników Wykonawcy zamieszczony na stronie 2 Oferty.
        2. W terminie: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.
        3. Przy warunkach płatności ........ dni./ wymagany termin płatności minimum: **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni /

1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zastały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowana usługa jest zgodna z wymaganiami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że usługi będą wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.
5. Oświadczam, że usługi będą wykonywane z wykorzystaniem pojazdów zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wg stanu na dzień składania oferty: | | | | | | |
| L. p. | Środek transportu  Marka, model, przeznaczenie  (np. osobowy, inny – podać jaki zgodnie z wpisem w dowodzie rej. pojazdu) | Rok  produkcji pojazdu | Numer rejestracyjny z datą ważności badania technicznego | Przebieg | Pojazd do przewozu osób:  S- siedzących,  L- leżących,  W – na wózkach inwalidzkich | Podstawa do dysponowania  (własność, leasing, dzierżawa, wynajem) |
| 1 |  |  | Nr rej …….., badanie do ….. |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

*\* należy wpisać każdy pojazd z osobna, który Wykonawca deklaruje do realizacji usługi. Minimalna liczba wymaganych pojazdów to 4 pojazdy oraz podać ich charakterystykę, zgodnie z wymaganiami opisanymi w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 6 do SIWZ. Są to warunki bezwzględnie wymagane. Oferta niespełniająca tych warunków zostanie odrzucona.*

1. Oświadczam, że usługi będą wykonywane przez osoby, zgodnie z poniższym wykazem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wg stanu na dzień składania oferty: | | | | | |
| L. p. | Imię i nazwisko  pracownika Wykonawcy | Kategoria prawa  jazdy | Staż pracy  przy przewozie  osób (min. 5 lat) | Kurs pierwszej pomocy medycznej  TAK – podać datę /NIE | Podstawa do dysponowania osobami (podać np. umowa o pracę, umowa zlecenie) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

1. Wykonawca jest **małym \*/ średnim \*/ dużym\* przedsiębiorstwem / \*niepotrzebne wykreślić**

Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

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

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):

* wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
* wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów / usług: ……………………………………………

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………… zł netto\*.

\* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:

* wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
* mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,
* importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.

1. Załączniki do oferty:

(1) ...........................................................................................

(2) ..........................................................................................

(3) ..........................................................................................

(4) ..........................................................................................

(5) ..........................................................................................

(6) ..........................................................................................

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

…………………………….

Miejscowość, data

###### Załącznik Nr 2 do SIWZ

Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa | Szacowana ilość transportów | Cena za 1 transport (dowóz + odwiezienie) netto w zł. | VAT w % | Cena za 1 transport (dowóz + odwiezienie) brutto w zł. | Wartość netto ogółem w zł na okres 12 miesięcy | Wartość brutto ogółem w zł na okres 12 miesięcy |
| 1 | Opłaty transportowe za osoby dializowane | 11 000 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

*Uwaga: w przypadku Wykonawcy zwolnionego z opłaty VAT należy podać podstawę zwolnienia*

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

Przedstawiciela Wykonawcy

###### Załącznik nr 3 do SIWZ

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Nazwa Wykonawcy** …………………………..................................……………………...………….

**Adres Wykonawcy** ………………………………….………........................................……………..

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **usługę transportu chorych dializowanych w stacji dializ** oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy Zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy Pzp

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………………...……

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

…………………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………….........……………………………………..................………….

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….….........................................…. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Nazwa Wykonawcy** ………………………….........................……………………………………….

**Adres Wykonawcy** ………………………………..………….......................………………………..

**Numer telefonu / faxu** ………………………………….......................……..……………………….

**Adres e-mail** ..........................................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ……………………………………...………......................…………………….

**Oświadczenie Wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Nr SPSSZ/40/U/2019**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: na usługę transportu chorych dializowanych w stacji dializ oświadczam, co następuje:

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale IV .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………..…….....

..…………………………………………………………………………………………………..…. w następującym zakresie: …………………………………………………………………...…….…

….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

….............................…………………

(podpis)

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

|  |
| --- |
|  |

*Pieczątka firmowa Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Na usługę transportu chorych dializowanych w stacji dializ dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz Wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Wskazanie Wykonawcy |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między Wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

….............................…………………

(podpis)

**UWAGA!**

**Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy Wykonawców, którzy złożyli oferty.**

Wzór/ Załącznik nr 1 do Umowy

**HARMONOGRAM TRANSPORTÓW PACJENTÓW NA DIALIZY**

TRANSPORT ….........................................................................................................

( dni tygodnia, godziny)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwisko i imię  pacjenta | Adres zamieszkania | Na HD | Po HD | Rodzaj transportu  ( bez pomocy/  z pomocą ) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

Wzór / Załącznik nr 2 do Umowy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zestawienie ilości zrealizowanych przewozów na dializy** | | | | | | |
| Rok….................................. | | | Miesiąc….................................. | | |  |
| L.p. | Data | Liczba pacjentów = przewozów na dializy | | | | Uwagi |
| w dwie strony  100% ceny | | w jedną stronę  50% ceny | do Chirurgii Naczyniowej  100% ceny |
| 1 | 2019-….-… |  | |  |  |  |
| 2 | 2019-….-… |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| 11 | 2020-….-… |  | |  |  |  |
| 12 | 2020-….-… |  | |  |  |  |
| Razem | |  | |  |  |  |

WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY

Wzór/ Załącznik nr 3 do Umowy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz środków transportu \*** | | | | | | |
| Wg stanu na dzień składania oferty: | | | | | | |
| L. p. | Środek transportu  Marka, model, przeznaczenie  (np. osobowy, inny – podać jaki zgodnie z wpisem w dowodzie rej. pojazdu) | Rok  produkcji pojazdu | Numer rejestracyjny z datą ważności badania technicznego | Przebieg | Pojazd do przewozu osób:  S- siedzących,  L- leżących,  W – na wózkach inwalidzkich | Podstawa do dysponowania  (własność, leasing, dzierżawa, wynajem) |
| 1 |  |  | Nr rej  …….…….., |  |  |  |
| badanie do  ……………. |
| 2 |  |  | Nr rej  …….…….., |  |  |  |
| badanie do  ……………. |
| 3 |  |  | Nr rej  …….…….., |  |  |  |
| badanie do  ……………. |
| 4 |  |  | Nr rej  …….…….., |  |  |  |
| badanie do  ……………. |
| 5 |  |  | Nr rej  …….…….., |  |  |  |
| badanie do  ……………. |
| 6 |  |  | Nr rej  …….…….., |  |  |  |
| badanie do  ……………. |

*\* należy wpisać każdy pojazd z osobna, który Wykonawca deklaruje do realizacji usługi. Minimalna liczba wymaganych pojazdów to 4 pojazdy oraz ich charakterystyka, zostały opisane w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 6 do SIWZ. Są to warunki bezwzględnie wymagane. Oferta niespełniająca tych warunków zostanie odrzucona.*

WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY

Wzór/ Załącznik nr 4 do Umowy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz osób realizujących transport** | | | | | |
| Wg stanu na dzień składania oferty: | | | | | |
| L. p. | Imię i nazwisko  pracownika Wykonawcy | Kategoria prawa  jazdy | Staż pracy  przy przewozie  osób (min. 5 lat) | Kurs pierwszej pomocy medycznej  TAK – podać datę /NIE | Podstawa do dysponowania osobami (podać np. umowa o pracę, umowa zlecenie) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

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

**ZAMAWIAJĄCY: WYKONAWCA****:**

Wzór/ Załącznik nr 5 do Umowy

**Oświadczenie**

................................................ z siedzibą w ul. ......................................, , …..-…….. ......................................... zarejestrowaną w Krajowy Rejestr Sądowy, Rejestr Przedsiębiorców prowadzony przez Sąd Rejonowy dla ......................... , ............. Wydział Gospodarczy, pod nr KRS ............................... , Nr NIP ............................, , Nr Regon ............................., , Kapitał zakładowy 000 000 000,00 PLN, reprezentowaną przez:

1. ..................................................... – reprezentującego ..........................................., zwanym dalej „**Przetwarzającym**”, w związku z podjętym w dniu ............ .2019 r. przetargiem nieograniczonym na **usługę transportu chorych dializowanych w stacji dializ** Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim i procedurą wyboru kontrahenta niniejszym potwierdzam wdrożenie w ww. podmiocie odpowiednich środków technicznych, organizacyjnych i prawnych gwarantujących, by przetwarzanie spełniało wymogi 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 chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

**Wdrożono następujące środki techniczne, organizacyjne i prawne:**

|  |
| --- |
| zdolności do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania |
| zdolności do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego |
| przyjętej u potencjalnego kontrahenta polityki bezpieczeństwa danych osobowych i instrukcji bezpieczeństwa systemów informatycznych, w szczególności w zakresie ich przejrzystości oraz zgodności z obowiązującym prawem. |
| regularnego testowania, mierzenia i oceniania skuteczności środków technicznych i organizacyjnych; |

………………………………………………………...

miejscowość i data

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

imię i nazwisko oraz podpis osoby reprezentującej Kontrahenta