Załącznik Nr 1

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; 05-825 Grodzisk Mazowiecki; ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na **usługa transportu pacjentów dializowanych i niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich Stacji Dializ** **Szpitala Zachodniego** w Grodzisku Mazowieckim z dnia 24.04.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 533942-N-2020, miniPortalu oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* + - 1. A. Oferuję wykonanie zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Ilość m-cy | Cena netto za 1 m-c  w zł. | Cena netto  w zł. | VAT | | Cena brutto  w zł. |
| % | zł |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5 =3×4* | *6* | *7* | *8=5+7* |
| 1. | Obsługa transportu | 24 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **x** |  |  |

Słownie brutto ........................................................................................................................... złotych

B. stawka za 1 km dla samochodu zastępczego …………………. złotych

C. w terminie: w okreie 24 miesiący od dnia 01.06.2020 r. do dnia 31.05. 2022 r.

D. 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 usługa będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.

Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację usługi:

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

* + - 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. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
      2. Oświadczam, że wszystkie zatrudnione przeze mnie osoby które będą realizowały usługę, wszelkie informacje, uzyskane w związku z realizacją niniejszej umowy, w tym imię i nazwisko pajenta, adres i numer telefonu/ów, będą traktowały jako poufne w trakcie obowiązywania umowy oraz po jej zakończeniu i nie będą ich przekazywały osobom postronnym.
      3. Załączniki do oferty:

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

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

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

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

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

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

*Podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela Wykonawcy*

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

Załącznik Nr 2

**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: **usługa transportu pacjentów dializowanych i niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich Stacji Dializ Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim** oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
3. [UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy Zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 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 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 3

**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 SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: usługa transportu pacjentów dializowanych i niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich Stacji Dializ Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim 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)*

**2. 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)*

**3. 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

**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:

**usługa transportu pacjentów dializowanych i niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich Stacji Dializ 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.

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

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**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.**

Załącznik Nr 5

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**WYKAZ**

**zrealizowanych zamówień.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj zamówienia  Nazwa produktów | Nazwa Zamawiającego | Wartość zamówienia | Okres realizacji |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| itd |  |  |  |  |

…………………………………

Podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

Załącznik nr 8

Załącznik nr 1 do umowy

Załącznik do Umowy NR.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz osób realizujących transport osób dializowanych** | | | | | |
| Wg stanu na dzień podpisania umowy: | | | | | |
| L. p. | Imię i nazwisko  Osoby wskazanej przez Wykonawcę/stanowisko | Kategoria prawa  jazd | Data ważności badania psychotechnicznego | Kurs pierwszej pomocy medycznej  TAK – podać datę  /NIE | Podstawa do dysponowania osobami  (podać np. umowa o pracę, umowa zlecenie) |
| 1 | **PRZYKŁAD**  X, Y/kierowca | „B” | TAK – 27-09-2019 | TAK – 27-09-2019 | Umowa o pracę |
| 2 | **PRZYKŁAD**  Z, W /sanitariusz | „B” - opcja | TAK – opcja  27-09-2019 | TAK – 27-09-2019 | Umowa o pracę |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

…………………… …………………………

ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

Załącznik nr 9

pieczątka firmowa Wykonawcy

Załącznik do umowy nr.

mc……/rok………. – Planowany grafik pracy Kierowcy/Sanitariusz osób niepełnosprawnych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| Jan Kowalski (Kierowca) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tomasz Nowak (Sanitariusz) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Legenda: I zmiana (R) 07:00 ÷ 12:00; II zmiana (O) 12:00 ÷ 17:00; III zmiana (N) 17:00 ÷ 23:00

1. transport realizowany będzie 6 dni w tygodniu całodobowo od poniedziałku do soboty,
2. zabezpieczenie 1 dnia dla obsady 2 samochodów - 30 godzin pracy,
3. maksymalna liczba pacjentów dializowanych na jednej zmianie może wynosić 14 osób, liczba zmian – 3:

Wykonał: pieczątka imienna i popis

1. 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). [↑](#footnote-ref-1)
2. \* 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). [↑](#footnote-ref-2)