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 - 2** w Grodzisku Mazowieckim z dnia 29.05.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 545643-N-2020 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 nettow zł. | VAT | Cena bruttow 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 okresie 24 miesiący od dnia zawarcia umowy.

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.
			5. Wykonawca jest **małym \*/ średnim \*/ dużym\* przedsiębiorstwem**

*\*niepotrzebne wykreślić*

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 5

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**WYKAZ**

**zrealizowanych zamówień.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj zamówienia (charakter świadczonej usługi)  | 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 medycznejTAK – podać datę /NIE | Podstawa do dysponowania osobami (podać np. umowa o pracę, umowa zlecenie) |
| 0 | **PRZYKŁAD**(Imię i Nazwisko)X, Y/kierowca | „B”od dnia ………… | TAK – 27-09-2019 | TAK – *27-09-2019* | *Umowa o pracę* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ……... |  |  |  |  |  |
| 00 | **PRZYKŁAD**(Imię i Nazwisko) Z, W /sanitariusz | aktualne badania lekarskie bez ograniczeń w zakresie dźwigania i pracy w godzinach nocnychTAK – 27-09-2019 | TAK – *27-09-2019* | *Umowa o pracę* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ……. |  |  |  |  |  |

…………………… …………………………

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 |
| Przykład *Jan Kowalski* (Kierowca) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Przykład*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)