**OFERTA**

**Zamawiający:**

**Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej spółka z o.o.**

ul. Szczecińska 112

76-200 Słupsk

Adres e-mail: [przetarg@pgkslupsk.pl](mailto:przetarg@pgkslupsk.pl)

Platforma zakupowa:

<https://platformazakupowa.pl/pn/pgkslupsk>

**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pełna nazwa i adres siedziby Wykonawcy)

Województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów)**

E-mail do kontaktów z Wykonawcą za pośrednictwem Platformy zakupowej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym (imię, nazwisko, telefon, e-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ja (My) niżej podpisany(-ni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy:

Na podstawie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji, o którym mowa   
w art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych zwanej w dalszej treści „ustawą Pzp”, na wykonanie zamówienia pn. **„Opieka medyczna dla pracowników Przedsiębiorstwa Gospodarki Komunalnej spółka z o.o. w Słupsku”**,zgodnie z ogłoszeniem o zamówieniu opublikowanym w Biuletynie Zamówień Publicznych oraz na stronie internetowej za pośrednictwem Platformy zakupowej <http://platformazakupowa.pl/pn/pgkslupsk>, zgodnie z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia,

**oświadczam**, że wykonam przedmiot zamówienia za cenę :

**OFERTA PODSTAWOWA [[1]](#footnote-1)**

**OFERTA WARIANTOWA [[2]](#footnote-2)**

**Cena: ………………….. PLN**

/Cena = Cena łączna za Medycynę Pracy + Cena łączna za Pakiety Opieki Medycznej (Pakiet Indywidualny, Partnerski i Rodzinny), zgodnie z pkt 1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4 poniżej/

W tym:

* 1. **Cena łączna za Medycynę Pracy: ……………………. PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Proponowana składka miesięczna za pracownika** | **Liczba osób objętych Medycyną Pracy** | **Łączna składka miesięczna  (B x C)** |
| A | B | C | D |
| **Medycyna Pracy** | **…. PLN** | **337** | **….. PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (Łączna składka miesięczna x 12 miesięcy) | | | **……… PLN** |

* 1. **Cena łączna za Pakiety Opieki Medycznej - Pakiet Indywidualny (bez Medycyny Pracy): ………………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Warianty** | **Proponowana opłata miesięczna za pracownika w PLN** | **Liczba osób do pakietu w danym wariancie (szacowana)** | **Łączna opłata miesięczna  (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Pakiet**  **Indywidualny** | **Wariant I** | **…… PLN** | **150** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **28** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **16** | **……… PLN** |
| **OPŁATA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej w kolumnie E) | | | | **……… PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (Opłata miesięczna razem x 12 miesięcy) | | | | **……… PLN** |

* 1. **Cena łączna za Pakiety Opieki Medycznej - Pakiet Partnerski (bez Medycyny Pracy): ………………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Warianty** | **Proponowana opłata miesięczna za pakiet w PLN (łączna za pracownika i partnera)** | **Liczba pakietów w danym wariancie (szacowana)** | **Łączna opłata miesięczna  (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Pakiet**  **Partnerski** | **Wariant I** | **…… PLN** | **14** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **11** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **5** | **……… PLN** |
| **OPŁATA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej w kolumnie E) | | | | **……… PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (opłata miesięczna razem x 12 miesięcy) | | | | **……… PLN** |

* 1. **Cena łączna za Pakiety Opieki Medycznej - Pakiet Rodzinny (bez Medycyny Pracy): ………………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Warianty** | **Proponowana opłata miesięczna za pakiet w PLN (łączna za pracownika i członków rodziny)** | **Liczba pakietów w danym wariancie (szacowana)** | **Łączna opłata miesięczna  (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Pakiet**  **Rodzinny** | **Wariant I** | **…… PLN** | **3** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **1** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **2** | **……… PLN** |
| **OPŁATA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej w kolumnie E) | | | | **……… PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (opłata miesięczna razem x 12 miesięcy) | | | | **……… PLN** |

**Postanowienia dodatkowe rozszerzające ochronę dla Pakietów Opieki Medycznej:**

**2.1. Dla wariantu I Pakietu Opieki Medycznej** **(Pakiet Indywidualny, Partnerski, Rodzinny)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych dla wariantu I** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów za akceptację danego postanowienia |
| Konsultacje obejmują lekarzy z tytułem profesora, doktora habilitowanego lub docenta. |  | 1 |
| Zwrot 100% kosztów w przypadku nie wywiązania się ze standardów usługi medycznej. |  | 1 |
| Szczepienia przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu, przeciwko odrze, przeciwko różyczce, przeciwko śwince. |  | 1 |

**\*** W przypadku braku zapisu „**TAK**” lub „**NIE**” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**2.2. Dla wariantu II Pakietu Opieki Medycznej (Pakiet Indywidualny, Partnerski, Rodzinny)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych dla wariantu II** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów za akceptację danego postanowienia |
| Wizyty domowe w skali 12 miesięcy nielimitowane. |  | 1 |
| Zwrot 100% kosztów w przypadku nie wywiązania się ze standardów usługi medycznej. |  | 1 |
| Rozszerzenie usług rehabilitacji medycznej dla wariantu II - świadczenie obejmuje minimum 30 zabiegów rehabilitacji dla świadczeniobiorcy w okresie realizacji zamówienia – zgodnie ze wskazaniem lekarza.  (Uwaga: zakres obligatoryjny obejmuje min. 20 zabiegów rehabilitacyjnych). |  | 2 |
| Kwota refundacji wizyt u lekarzy z tytułem naukowym:  Przyjęcie kwoty refundacji za konsultację lekarzy z tytułem profesora doktora habilitowanego lub docenta: **350 zł** za wizytę (włączając lekarza prowadzącego ciążę z tytułem naukowym jak wyżej). |  | 2 |
| Szczepienia przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu, przeciwko odrze, przeciwko różyczce, przeciwko śwince. |  | 1 |

**\*** W przypadku braku zapisu „**TAK**” lub „**NIE**” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**2.3. Dla wariantu III Pakietu Opieki Medycznej (Pakiet Indywidualny, Partnerski, Rodzinny)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych dla wariantu III** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów za akceptację danego postanowienia |
| Wizyty domowe w skali 12 miesięcy nielimitowane. |  | 1 |
| Zwrot 100% kosztów w przypadku nie wywiązania się ze standardów usługi medycznej. |  | 1 |
| Rozszerzenie usług rehabilitacji medycznej dla wariantu III - świadczenie obejmuje minimum 40 zabiegów rehabilitacji dla świadczeniobiorcy w okresie realizacji zamówienia – zgodnie ze wskazaniem lekarza.  (Uwaga: zakres obligatoryjny obejmuje min. 30 zabiegów rehabilitacyjnych). |  | 2 |
| Masaż wirowy kończyny górnej oraz dolnej (min 20 masaży w roku). |  | 1 |
| Rozszerzenie ochrony poprzez dodania dodatkowego świadczenia Assistance. Świadczenie Usługi assistance będą zawierały co najmniej: wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego, opiekę pielęgniarską w domu po hospitalizacji, transport medyczny, opiekę nad dziećmi ubezpieczonego, informację medyczną, pomoc psychologa. |  | 1 |
| Kwota refundacji wizyt u lekarzy z tytułem naukowym:  Przyjęcie kwoty refundacji za konsultację lekarzy z tytułem profesora doktora habilitowanego lub docenta: **350 zł** za wizytę (włączając lekarza prowadzącego ciążę z tytułem naukowym jak wyżej). |  | 2 |
| Specjaliści w wariancie III rozszerzeni (wyłączona psychiatria i stomatologia) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. |  | 1 |
| Szczepienia przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu, przeciwko odrze, przeciwko różyczce, przeciwko śwince. |  | 1 |

**\*** W przypadku braku zapisu „**TAK**” lub „**NIE**” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**Postanowienia dodatkowe rozszerzające zakres Medycyny Pracy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych do Medycyny Pracy** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów |
| **Postanowienie dodatkowe do Medycyny Pracy – świadczenia  w związku z zakłuciem igłą:**  W umowie ze względu na duże zagrożenie biologiczne – (przypadki zakucia igłą niewiadomego pochodzenia podczas segregowania odpadów), powinno znaleźć się badanie po ekspozycji zawodowej (zakłuciu igłą) pracownika, które obejmuje:  a) Konsultację i opiekę lekarską,  b) Przeprowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku HBV, HCV, HIV.  **Uwaga:** Dotychczas w roku występowały 2-4 przypadki zakłucia igłą. |  | 5 |

**\*** W przypadku braku zapisu **„TAK”** lub **„NIE”** przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**OŚWIADCZAMY, ŻE:**

1. Uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ.
2. Usługa opieki medycznej (ubezpieczenia zdrowotnego) zwolniona jest z podatku VAT.
3. Zapoznaliśmy się i akceptujemy projektowane postanowienia umowy określone w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Zamierzamy powierzyć niżej wymienionym podwykonawcom następujące części zamówienia (następujący zakres czynności związanych z przedmiotem zamówienia) */wypełniają Wykonawcy, którzy deklarują taki zamiar/:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia powierzone podwykonawcom | Nazwa podwykonawcy  (jeżeli jest już znana) |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Oświadczamy, że do poszczególnych pakietów opieki medycznej stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie:

a) wymienione poniżej warunki świadczenia usług medycznych **(dotyczy oferty podstawowej):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Usługa medyczna /** abonament medyczny na prywatną opiekę medyczną świadczoną przez podmiot prowadzący działalność leczniczą | **Ogólne warunki umów o świadczenia zdrowotne (usług medycznych) mające zastosowanie do tego zamówienia**  /prosimy o podanie nazwy tych warunków pozwalających je jednoznacznie zidentyfikować/ |
|  |  |
|  |  |

b) wymienione poniżej warunki ubezpieczenia **(dotyczy oferty wariantowej):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet zdrowotny /** usługa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników oraz członków ich rodzin | **Ogólne Warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do tego zamówienia**  /prosimy o podanie nazwy OWU oraz danym pozwalających je jednoznacznie zidentyfikować/ |
|  | OWU ….. |
|  | OWU ….. |

1. Oświadczamy, że Wykonawca którego reprezentujemy jest:

małym przedsiębiorcą (małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)

średnim przedsiębiorcą (średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)

dużym przedsiębiorstwem

1. Na podstawie § 13 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r.   
   w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz.U. poz. 2415) informuję (my), że Zamawiający może samodzielnie pobrać wymagane przez niego dokumenty tj. …………….............……………………………………………………………

*(należy podać jakie dokumenty Zamawiający może samodzielnie pobrać np. KRS, CEiDG)*.

Powyższa dokumenty Zamawiający pobiera z ogólnodostępnej i bezpłatnej bazy danych pod adresem internetowym (zaznaczyć właściwe):

[**https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu**](https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu)

[**https://prod.ceidg.gov.pl**](https://prod.ceidg.gov.pl)

1. Uważamy się za związanego złożoną ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu do składania ofert wraz z tym dniem, tj. do dnia 20.03.2024 r.

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są oświadczenia, dokumenty   
i załączniki w postaci:

1. ……………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………

**DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM, PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

**UWAGA! NANOSZENIE JAKICHKOLWIEK ZMIAN W TREŚCI DOKUMENTU PO OPATRZENIU WW. PODPISEM MOŻE SKUTKOWAĆ NARUSZENIEM INTEGRALNOŚCI PODPISU, A W KONSEKWENCJI SKUTKOWAĆ ODRZUCENIEM OFERTY.**

1. Oferta na usługę medyczną świadczoną w formie abonamentu medycznego na prywatną opiekę medyczną świadczoną przez podmiot prowadzący działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-1)
2. Oferta na usługę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników oraz członków ich rodzin złożona przez Wykonawcę prowadzącego działalność ubezpieczeniową. [↑](#footnote-ref-2)