**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FZ- 2380/45/23/MB**

# 

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do** **postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne o wartości szacunkowej równej lub przekraczającej 750 000 euro prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie całodobowych usług medycznych tj. badanie osób zatrzymanych przez Policję, w tym doprowadzonych do wytrzeźwienia na terenie działania jednostek Policji województwa łódzkiego oraz pobieranie próbki krwi**

1. **Pełna nazwa i siedziba Wykonawcy**

/w przypadku podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie - konsorcja, spółki cywilne wpisać wszystkich uczestników/wspólników/

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

REGON ........................................................... NIP ........................................................................

1. **Dane do korespondencji i kontaktu:**

Telefon ........................................ kom .......................................

Adres e- mail………………………………………………………………………………………….…………

1. **Oświadczam, że zgodnie z** …………………………………………………/wskazać odpowiedni dokument, z którego wynika prawo do reprezentacji Wykonawcy – KRS, CEIDG, pełnomocnictwo/

**do reprezentacji Wykonawcy w postępowaniu, złożenia i podpisania oferty wraz  
z załącznikami uprawniony jest:**

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

*/imię i nazwisko osoby/osób/*

1. **Warunki oferty**

|  |
| --- |
| część nr 1:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Miejskiej Policji w Łodzi” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 2:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Kutnie” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 3:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Łowiczu” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 4:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Opocznie” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 5:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 6:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Poddębicach” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 7:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Radomsku” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 8:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Sieradzu” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 9:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Miejskiej Policji w Skierniewicach” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 10:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Tomaszowie Mazowieckim” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 11:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Wieluniu” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 12:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Wieruszowie” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

|  |
| --- |
| część nr 13:  „Świadczenie całodobowych usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych przez Policję na terenie Komendy Powiatowej Policji w Zgierzu” |
| **Cena oferty brutto** |
| *………………………..*  *słownie:……………………….…………………………………..* |
| **Punkt medyczny** |
| Oświadczam, że punkt medyczny,  …………………………………………………………………………………………………  */nazwa i adres/*  w którym będą świadczone usługi, spełnia następujące warunki:   * mieści się na terenie działania Komendy Powiatowej/Miejskiej Policji województwa łódzkiego, * odpowiada standardom medycznym zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, * wykonuje świadczenia w sposób ciągły, tj. całodobowo w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w soboty, w niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy. |
| **/jeżeli dotyczy/ Podwykonawca** |
| Oświadczam, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy, który posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:  Nazwa podwykonawcy:…………………………………………….  Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy:……………………………….. |

1. Oświadczam, że:

jestem płatnikiem VAT i stawka procentowa podatku wynosi …………… %

nie jest płatnikiem VAT

1. Mając na uwadze definicję MŚP[[1]](#footnote-1) określoną w zaleceniu nr 2003/361/WE Komisji Europejskiej oświadczamy, iż *(właściwe należy oznaczyć znakiem* ***„x”*** *w polu kwadratu)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ mikroprzedsiębiorstwo | ☐ mały przedsiębiorca | ☐ średni przedsiębiorca |
| ☐ jednoosobowa działalność  gospodarcza | ☐ osoba fizyczna nieprowadząca  działalności gospodarczej | ☐ inny rodzaj |

1. **Oświadczamy, że**:
2. zapoznaliśmy się z SWZ oraz ogłoszeniem o zamówieniu i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz, że uwzględniliśmy w ofercie wszelkie koszty z tego tytułu;
3. zapoznaliśmy się z wzorem umowy (Załącznik nr 8 do SWZ), zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej Oferty do zawarcia umowy na określonych w tej umowie warunkach, w miejscu   
   i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
4. spełniam wszystkie wymogi i wymagania Zamawiającego, o których mowa w treści SWZ   
   i zobowiązuję się do świadczenia usługi zgodnie z zapisami SWZ i wzoru umowy.
5. **Oświadczamy, że:**

* dane osobowe przekazane w ofercie oraz załącznikach są przetwarzane i udostępnione Zamawiającemu zgodnie z art. 28 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679;
* wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO 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/
* przyjmuje do wiadomości i akceptuje zapisy klauzuli informacyjnej zawartej w pkt. 28 SWZ.

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia: **………………**/imię, nazwisko, nr telefonu, adres mail/
2. **Oświadczam / oświadczamy, że zamówienie zamierzamy wykonać** */właściwe należy oznaczyć znakiem* ***„x”*** *w polu kwadratu/*:

☐ samodzielnie,

☐ przy udziale podwykonawców, w zakresie niżej opisanych części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa podwykonawcy | Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

***UWAGA***

*Jeżeli Wykonawca pozostawi powyższą tabelę niewypełnioną to Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca samodzielnie zrealizuje całe niniejsze zamówienie.*

1. **Oświadczamy, że wybór naszej oferty** /*właściwe należy oznaczyć znakiem* ***„x”*** *w polu kwadratu/***:**

☐ nie będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2020 poz. 106 ze zm.),

☐ będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2020 poz. 106 ze zm.).

W związku z tym wskazujemy rodzaj towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwy (rodzaje) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

1. Definicja dostępna pod adresem <http://www.pih.org.pl/images/definicja_msp.pdf> [↑](#footnote-ref-1)