

Formularz ofertowy

Nazwa Wykonawcy

Siedziba Wykonawcy

Nr telefonu / fax

Adres e-mail

nr NIP

nr REGON

do: nazwa i siedziba Zamawiającego:

**Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa
Wielkopolski Oddział Regionalny
ul. Strzeszyńska 36, 60-479 Poznań
tel. 061 845 38 33 fax. 061 840 06 93**

W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników **Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego** Biur Powiatowych **ARiMR**, zgodnie z wymaganiami specyfikacji Istotnych warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotu zamówienia

za:

łącną kwotę brutto zł
(słownie:zł)

Wykaz zakładów opieki zdrowotnej obejmujący listę zakładów, w których są świadczone usługi medyczne z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników Zamawiającego.

Wykaz zakładów opieki zdrowotnej:

1.
2.
3.
4.

Całość zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców / poniżej wskazujemy części zamówienia, które zamierzamy powierzyć podwykonawcom* :

(W przypadku braku wpisu przyjmuje się domniemanie, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

Ponadto:

- Oświadczamy, że wypełniliśmy wobec osób fizycznych, których dane przekazujemy, obowiązki wynikające z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Unii Europejskiej i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04 maja 2016 roku).
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SIWZ i nie wnieśliśmy w terminie przewidzianym ustawą Pzp zastrzeżeń do niej oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
- Oświadczamy, że uważamy się związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
- Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w SIWZ oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
- Oświadczamy, że akceptujemy proponowany przez Zamawiającego wzór umowy i zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do zawarcia umowy na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Oświadczamy, że w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie określonym w umowie tj. od 02.01.2021 r. do 31.12.2021r.
- Całość zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców / poniżej wskazujemy części zamówienia, które zamierzamy powierzyć podwykonawcom* :

.....
(W przypadku braku wpisu przyjmuje się domniemanie, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)

Przedstawicielem Wykonawcy uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym będzie:

-
- Oświadczam, że :
 - **dokumenty** wymienione od strony do strony stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz.1913 ze zm.) i nie mogą być ujawniane osobom trzecim. Zgodnie z art. 8 ust. 3 Pzp Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

→

Art.11 ust. 2 Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności.

Osobami, które mogą reprezentować wykonawcę i składać oświadczenia woli są:

1.
2.
3.

* - **niepotrzebne skreślić**

....., dn.

Miejscowość

data

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy



Szczegółowa kalkulacja ofertowa - załącznik nr 2 do SIWZ - BOR15.2610.11.2020.KS

	Pracownik administracyjno-biurowy		Pracownik administracyjno-biurowy prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych		Pracownik terenowy		Pracownik na stanowisku kierowniczym (osoba kierująca innymi pracownikami, prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych)		Pracownik wykonujący kontrole siedzib stad (osoba prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych)		Pracownik administracyjno-biurowy (pracownik archiwum - dodatkowo praca na wysokości powyżej 1 m)		Łączna wartość brutto wg rodzaju badań						
	wartość jednostkowa brutto	ilość badań	wartość jednostkowa brutto	ilość badań	wartość jednostkowa brutto	ilość badań	wartość jednostkowa brutto	ilość badań	wartość jednostkowa brutto	ilość badań	wartość jednostkowa brutto	ilość badań		wartość brutto					
1	2	3	4[2x3]	5	6	7[5x6]	8	9	10[8x9]	11	12	13[11x12]	14	15	16[14x15]	17	18	19[14x15]	20
Badania wstępne		50	0,00 zł		60	0,00 zł		17	0,00 zł		5	0,00 zł		40	0,00 zł		2	0,00 zł	0,00 zł
Badania okresowe		20	0,00 zł		170	0,00 zł		70	0,00 zł		55	0,00 zł		130	0,00 zł		10	0,00 zł	0,00 zł
Badania kontrolne		5	0,00 zł		35	0,00 zł		9	0,00 zł		3	0,00 zł		13	0,00 zł		2	0,00 zł	0,00 zł
Łączna wartość brutto za wszystkie badania																			

	1	2	ilość badań/spotkań/lokalizacji	wartość brutto
Udział w pracach Komisji BHP			3	4[2x3]
Przebieg warunków pracy (ogółem ok. 800 stanowisk), w tym wizytacja stanowisk pracy			4	0,00 zł
Szczepienia ochronne dla 80 pracowników (p. tężcowe, p. kleszczom)			1	0,00 zł
Badania sanitarno-epidemiologiczne			80	0,00 zł
Badania sanitarno-epidemiologiczne+badanie kału na nosicielstwo			30	0,00 zł
			30	0,00 zł
				0,00 zł
				0,00 zł
				0,00 zł

WARTOŚĆ BRUTTO ZA CAŁĄ USŁUGĘ (łączna wartość brutto za wszystkie badania + wartość brutto za badania profilaktyczne-okulista + wartość brutto za udział w pracach Komisji BHP + wartość brutto za przebieg warunków pracy + wartość brutto za szczepienia ochronne dla pracowników BKM+badania sanitarno-epidemiologiczne z badaniem kału na nosicielstwo)

0,00 zł

Opis stanowisk pracy

1. Pracownik administracyjno – biurowy

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

- obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
- obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
- obciążenie psychiczne – stres

Czynniki biologiczne

- praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją
 - bakterie: Legionella pneumophila – grupa 2 zagrożenia
 - grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia
 - grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia
- mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

2. Pracownik administracyjno - biurowy **prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych**

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

- obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
- obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
- obciążenie psychiczne – stres

Czynniki biologiczne

- praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją
 - bakterie: Legionella pneumophila – grupa 2 zagrożenia
 - grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia
 - grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia
- mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

- kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby

3. Pracownik administracyjno - biurowy **kierujący pracownikami:**

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

- obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
- obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
- obciążenie psychiczne – stres

Czynniki biologiczne

- praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją
 - bakterie: Legionella pneumophila – grupa 2 zagrożenia
 - grzyby: Aspergillus spp. - Grupa 2 A zagrożenia
 - grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia
- mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

- kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
- zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością

4. Pracownik administracyjno – biurowy prowadzący i obsługujący **archiwum zakładowe/składnice akt**

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

- obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
- obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
- obciążenie psychiczne – stres

Czynniki biologiczne

- praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją
 - bakterie: Legionella pneumophila – grupa 2 zagrożenia
 - grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia
 - grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia
- mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.
- Czynniki biologiczne i inne, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem pracy w **archiwum**:
 - Aspergillus fumigatus – kropidlak popielaty – 2 grupa zagrożenia,
 - Lotne związki organiczne wytwarzane w dużych ilościach przez grzyby pleśniowe - 2 grupa zagrożenia,
 - Aspergillus Niger – kropidlak czarny – 2 grupa zagrożenia,
 - Dermatophagoides spp. – stawonogi (roztocze)

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

- praca na wysokości do 3 m

5. Pracownik administracyjno - biurowy wykonujący **kontrole terenowe i/lub kontrole siedzib stad**

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

- obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
- obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
- obciążenie psychiczne – stres

Czynniki biologiczne

- praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją
 - bakterie: Legionella pneumophila – grupa 2 zagrożenia
 - grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia
 - grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia
- Mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.
- Czynniki występujące podczas wykonywania wizytacji terenowych w zakładach przetwórstwa spożywczego, w gospodarstwach rolników (kontakt ze zwierzętami), kontroli upraw rolnych i leśnych i innych zadań w terenie.
 - Mycobacterium tuberculosis – gruźlica – 3 grupa zagrożenia,
 - Coxiella burnetti – gorączka Q – 3 grupa zagrożenia,
 - Wirus kleszczowego zapalenia mózgu – 3 grupa zagrożenia,
 - Wirus wścieklizny – 3 grupa zagrożenia,
 - Clostridium tetani – tężec – 2 grupa zagrożenia,
 - Borrelia burgdorferi – borelioza – 2 grupa zagrożenia
 - Rośliny

W związku z wykonywaniem wizytacji terenowych w zakładach beneficjentów i gospodarstwach rolników oraz kontroli zakładów przetwórstwa spożywczego, gospodarstw rolnych i siedzib stad zwierzęcych mogą wystąpić następujące czynniki:

Pyły

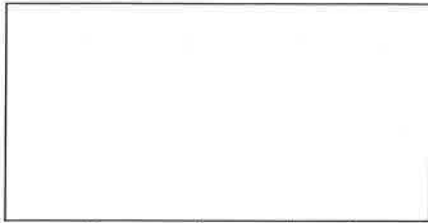
Pyły organiczne pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Pyły występujące podczas sezonowych prac polowych, żniw, orki, przygotowywania pokarmu dla zwierząt (ekspozycji oraz pomiarów stężenia nie mierzono),

Czynniki chemiczne

Czynniki występujące w: magazynach nawozów sztucznych, podczas oprysków pól, w zbiornikach na organiczne nawozy płynne, środkach eksploatacyjnych pojazdów służbowych, substancje i preparaty chemiczne uczulające, toksyczne, drażniące i żrące (ekspozycji oraz pomiarów stężenia nie mierzono),

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

- kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby



(oznaczenie pracodawcy)

(miejsowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE (wstępne/okresowe/kontrolne*)

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.) kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią*¹⁾

(imię i nazwisko)

numer PESEL**²⁾

zamieszkałego/zamieszkałą*³⁾

(miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną*⁴⁾ lub podejmującego/podejmującą*⁵⁾ pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

określenie stanowiska/stanowisk*⁶⁾ pracy***⁷⁾

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia ****⁸⁾):

I. **Czynniki fizyczne:** brak

II. **Pyły:** dotyczy nie dotyczy

Pyły organiczne pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Pyły występujące podczas sezonowych prac polowych, żniw, orki, przygotowywania pokarmu dla zwierząt. Ekspozycji oraz pomiarów stężenia nie mierzono.

III. **Czynniki chemiczne:** dotyczy nie dotyczy

Czynniki występujące w: magazynach nawozów sztucznych, podczas oprysków pól, w zbiornikach na organiczne nawozy płynne, środkach eksploatacyjnych pojazdów służbowych. Ekspozycji oraz pomiarów stężenia nie mierzono.

IV. **Czynniki biologiczne:** dotyczy nie dotyczy

Czynniki występujące podczas wykonywania wizytacji terenowych w zakładach przetwórstwa spożywczego, w gospodarstwach rolników (kontakt ze zwierzętami), kontroli upraw rolnych i leśnych, innych zadań w terenie:

- (Mycobacterium tuberculosis) – gruźlica – 3 grupa zagrożenia,
- (Coxiella burnetti) – Gorączka Q – 3 grupa zagrożenia,
- Wirus kleszczowego zapalenia mózgu – 3 grupa zagrożenia,
- Wirus wścieklizny – 3 grupa zagrożenia,
- (Clostridium tetani) – Tężec – 2 grupa zagrożenia,
- (Borrelia burgdorferi) – Borelioza – 2 grupa zagrożenia
- Rośliny

- Czynniki biologiczne i inne, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem pracy w archiwum/składnicy akt,
- (Aspergillus fumigatus) – kropidlak popielaty – 2 grupa zagrożenia,
 - Lotne związki organiczne wytwarzane w dużych ilościach przez grzyby pleśniowe – 2 grupa zagrożenia,
 - (Aspergillus Niger) – kropidlak czarny – 2 grupa zagrożenia,
 - (Dermatophagoides spp.) – stawonogi (roztocze)

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

- praca związana z obsługą monitorów ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy
- praca w wymuszonej pozycji ciała – praca siedząca
- zagrożenia wynikające z monotonii pracy
- zagrożenia wynikające z organizacji pracy (praca pod presją czasu, nierównomierne obciążenie pracą i inne)
- kierowanie pojazdem służbowym lub prywatnym do celów służbowych przewożąc inne osoby (kat. „B”)
- zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością
- praca na wysokości do 3 m / powyżej 3 m^{*)}
- inne –

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
(podpis pracodawcy)

Objaśnienia:

*) Niepotrzebne skreślić.

**) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

***) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.

****) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

- 1) wydane na podstawie:
 - a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczych lub mutagennych
 - b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
 - c) art. 227 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
 - d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
 - e) art. 25 pkt. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1792 ze zm.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
- 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 2067 z późn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

Agencja Restrukturyzacji
i Modernizacji Rolnictwa
Wielkopolski Oddział Regionalny
ul. Strzeszyńska 36
60-479 Poznań
NIP 526-19-33-940
Regon 010613083; PKD 8413Z

Poznań, dnia r.

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

**Wniosek o przeprowadzenie szczepienia ochronnego/
badania sanitarno-epidemiologicznych razem z badaniem kału na nosicielstwo/
bez badania kału na nosicielstwo***

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz.U. z 2012, poz. 40) oraz Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity z 2020 r., poz. 1845 ze zm.) kieruję

Pan(i)
imię i nazwisko *nr pesel*
zamieszkały(a) w

zatrudniony(a)* w Wielkopolskim Oddziale Regionalnym Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa w Biurze Kontroli na Miejscu, na stanowisku

Charakterystyka wykonywanych prac:

- kontrola zakładów przetwórstwa spożywczego,
- kontrola gospodarstw rolnych i siedzib stad zwierzęcych,

Proszę o wykonanie :

Szczepienia ochronnego przeciwko tężcowi i kleszczom/badania sanitarno-epidemiologicznego razem z badaniem kału na nosicielstwo*

**Po otrzymaniu skierowania na badania proszę o rejestrację pod nr
w godzinach lub mailowo pod adresem:**

*) niepotrzebne skreślić

.....
(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

OŚWIADCZENIE

dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu składane na podstawie art. 25a ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

W związku z przystąpieniem do udziału w postępowaniu przetargowym na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.
oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale V ust. 1 SIWZ.

....., dn.
Miejscowość *data*

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW.

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych przez Zamawiającego w Rozdziale V ust.1 SIWZ, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:.....
.....w następującym zakresie
.....
(należy wskazać podmiot i wyznaczyć określony zakres dla danego podmiotu).

....., dn.
Miejscowość *data*

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

....., dn.
Miejscowość *data*

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

.....
pieczęć Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania składane na podstawie art. 25a ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

W związku z przystąpieniem do udziału w postępowaniu przetargowym na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.1 pkt 12-23 ustawy.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.5 pkt 1) ustawy.

....., dn.
Miejscowość data

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podst. art. ustawy Pzp (*należy podać mającą podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust.1 pkt 13 – 14, 16-20 lub 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:

.....

....., dn.
Miejscowość data

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

OSWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/ów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:

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

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

....., dn.
Miejscowość data

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/ów, będących Podwykonawcą/ami:

.....
.....

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

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

....., dn.

Miejscowość

data

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

....., dn.

Miejscowość

data

.....
imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

OŚWIADCZENIE
o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej

W związku z przystąpieniem do udziału w postępowaniu przetargowym na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.

oświadczam, że:

1. należę do grupy kapitałowej i składam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) *

LP.	NAZWA PODMIOTU	SIEDZIBA

2. nie należę do żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) *

(Wraz ze złożeniem oświadczenia Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia).

(*) - *niepotrzebne skreślić*

....., dn.

Miejscowość, data

