**Załącznik nr 2 do SWZ**

# FORMULARZ OFERTOWY

1. do postępowania na „Świadczenie usługi kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa oraz innych uprawnionych osób” (nr postępowania ZP/2/2024/AO”

## Dane dotyczące wykonawcy:

1. Pełna nazwa:

NIP

1. Adres, nr telefonu, e-mail:

1. Imiona, nazwiska osoby/osób upoważnionych do kontaktu ze strony wykonawcy:

## Jestem przedsiębiorcą (zostaw właściwe)

* MIKRO
* MAŁYM
* ŚREDNIM
* ŻADNE Z POWYŻSZYCH

1. W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn.: „Świadczenie usługi kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa oraz innych uprawnionych osób” (nr postępowania ZP/2/2024/AO) w celu zawarcia umowy, składam niniejszą ofertę.
2. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ) wraz z załącznikami, za następujące ceny za pakiet:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | Rodzaj pakietu | Cena brutto\* za pakiet dla 1 osoby na 1 miesiąc w PLN | Prognozowana liczba uczestników w danym pakiecie | Okres obowiązywania umowy | Cena brutto (kol. 3x4x5) | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1. | Podstawowy – Pracownik |  | 46 osób | 24 miesiące |  | |
| 2. | Podstawowy – Dodatkowy |  | 18 osób | 24 miesiące |  | |
| 3. | Podstawowy – Dziecko |  | 9 osób | 24 miesiące |  | |
| 4. | Poszerzony – Pracownik |  | 43 osoby | 24 miesiące |  | |
| 5. | Poszerzony – Dodatkowy |  | 28 osób | 24 miesiące |  | |
| 6. | Poszerzony – Dziecko |  | 18 osób | 24 miesiące |  | |
| **Razem brutto:** | | | | | | …………..……… | |

Ceny za Pakiety obejmują zarówno koszty świadczeń zdrowotnych, jak i innych czynności, jakie Wykonawca zobowiązany jest podjąć na podstawie Umowy w związku ze świadczeniem Usług Medycznych na rzecz Pacjentów.

\*Usługi w zakresie opieki medycznej służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i usług ściśle z tymi usługami związane, objęte są zwolnieniem przedmiotowym z VAT na podstawie art. 43 ust. 18-19 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i uslug (Dz.U.2024.361 t.j..).

Oświadczam, że:

1. Rabat na pozostałe świadczenia medyczne wynosi ……………*/podać liczbę/.*
2. Liczba placówek świadczących usługi opieki medycznej na terenie województwa mazowieckiego wynosi ……………/*podać liczbę/.*
3. Liczba placówek na terenie Polski, z wyłączeniem województwa mazowieckiego wynosi ……………*/podać liczbę/.*
4. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ wraz z załącznikami.
5. Oświadczam, że cena całkowita oferty brutto podana powyżej w pkt 3 formularza ofertowego za wykonanie przedmiotu zamówienia nie ulegną zmianie w trakcie trwania umowy.
6. Oświadczenia Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:
7. Oświadczam/y, że przedmiotowe zamówienia zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określnymi w SWZ.
8. Oświadczam/y, że:
   1. zapoznałem/liśmy się z treścią SWZ oraz załącznikami, w szczególności z Projektowanymi postanowieniami umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń,
   2. otrzymałem/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,
   3. uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia,
9. Oświadczam/y, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
10. Oświadczam/y, że ceny wskazane w ofercie zawierają wszystkie koszty i opłaty niezbędne dla realizacji zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w SWZ wraz z załącznikami i nie podlegają zmianie w trakcie trwania umowy, z zastrzeżeniem Projektowanych postanowień umowy, stanowiących załącznik nr 6 do SWZ.
11. Akceptuje/my termin płatności wskazany w Projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących załącznik nr 6 do SWZ.
12. Oświadczam/y, że zamierzam/y / nie zamierzam/y powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy(om) w zakresie (jeżeli dotyczy):

następującym podmiotom:

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wykazie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
2. Oświadczam/y, że wypełniłem 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.[[1]](#footnote-1)
3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. 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-1)