***Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego***

 ***(Załącznik nr 2 do Umowy nr ……../2024 z dnia …………..2024 r.)***

**FORMULARZ OFERTY**

 **na:**

***Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych***

**Znak sprawy:** **ZER-ZAK-12/2024**

|  |
| --- |
| *………………………………………………………**pieczęć Wykonawcy/Pełnomocnika Wykonawcy* |

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT:** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców***

**OFERTA**

**dla Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**ul. Pawińskiego 17/21, 02-106 Warszawa**

* 1. 1. W odpowiedzi na Zapytanie ofertoweskładam(y) niniejszą ofertę oświadczając, że oferuję(emy) wykonanie zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu ofertowym za maksymalną:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ………………………….. PLN**

słownie brutto: ……………………………………………………………………….…… …/100

zgodnie z wyszczególnieniem, określonym w Tabeli nr 1:

**Tabela nr 1.**

| **Lp.** | **Rodzaj stanowiska** | **Rodzaj****badania** | **Szacowana liczba osób do badań\*\*\*** | **Cena jednostkowa netto (w zł)\*** | **Rodzaj badania** | **Szacowana liczba osób do badań\*\*\*** | **Cena jednostkowa netto (w zł)\***  | **Wartość nettobez VAT****(w zł)\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9=kol.(4x5)+(7x8)*** |
|  | Kadra kierownicza/decyzyjna (Dyrektor, Z-ca Dyrektora, Naczelnik, Z-ca Naczelnika, Główny Księgowy, Kierownik Zespołu Terenowego)  | wstępne, okresowe | 19 | ………… | kontrolne | 5 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowi | wstępne, okresowe | 91 | ………… | kontrolne | 20 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno-biurowi Zespół terenowy w Częstochowie | wstępne, okresowe | 2 | …………. | kontrolne | 2 |  |  |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowiInformatyk sieciowiec i serwis komputerowy | wstępne, okresowe | 3 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi infolinii (centralnej) | wstępne, okresowe | 11 | ………… | kontrolne | 3 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi punktu klienta | wstępne, okresowe | 16 | ………… | kontrolne | 5 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi dokumentacji (archiwum, składnica akt) | wstępne, okresowe | 5 | ………… | kontrolne | 2 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Kierowcy | wstępne, okresowe | 5 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Magazynier | wstępne, okresowe | 1 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Pracownicy gospodarczy (konserwator) | wstępne, okresowe | 2 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Przewodniczący,Zastępca Przewodniczącego, Lekarz Orzecznik Komisji lekarskich | wstępne, okresowe | 34 | ………… | kontrolne | 16 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy biurowi w Komisjach lekarskich  | wstępne, okresowe | 23 | ………… | kontrolne | 16 | ………….. | …………… |
|  | Udział lekarza medycyny pracy ( minimum 4 spotkania) w:- zakładowej komisji BHP, - dokonywaniu i aktualizacji oceny ryzyka zawodowego, - opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy  | **……………** |
| **14.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*suma pozycji od nr 1 do nr 13 w kolumnie nr 9*)\*:**  | **……………** |
| **15.** | 10% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (10% należy wyliczyć od łącznej ceny netto) | **……………** |
| **16.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*poz. 14 + poz. 15 w kolumnie nr 9* )\*:** | **……………** |
| **17.** | **STAWKA PODATKU VAT\*: (*dotyczy tylko poz. 13*)** | **……………** |
| **18.** | **ŁĄCZNA CENA BRUTTO (*poz. 16 + poz. 17*)\*:** | **……………** |

**Uwaga!**

**\*Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zaokrąglając zgodnie z zasadami określonymi w pkt 6.4. Zapytania ofertowego,**

**\*\* Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku,**

**Zamawiający odrzuci oferty, w których Wykonawcy zaoferują ceny netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2023 r. poz. 168).**

1. **Liczba placówek własnych Wykonawcy (L):** ………………………..
2. Podstawa prawna zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT)………………...…\*\* (jeśli dotyczy)

3. Nr rachunku bankowego Wykonawcy do wykonywania płatności w ramach umowy: ………………………………………………………………………………………………………

1. Zamówienie zrealizuję(emy):

**[ ] [[1]](#footnote-1) BEZ** udziału Podwykonawców;

**[ ] 1** z udziałem niżej wskazanych Podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma i adres Podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone Podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. Przedmiot zamówienia zrealizuję(emy) w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych w Zapytaniu ofertowym.
2. Zapoznałem(liśmy) się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią Zapytania ofertowego
i akceptuję(emy) go bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję(emy) się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oferta jest dla mnie/nas wiążąca przez okres wskazany w pkt 13.1. Zapytania ofertowego.
4. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
5. Oświadczam(y), że nie przekazuję(emy) danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/nas dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.\*\*

*\* należy skreślić 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*

*\*\* należy skreślić w przypadku, gdy Wykonawca wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*

1. Oświadczam(y), że:

**[ ] [[3]](#footnote-3)**jestem(śmy) mikroprzedsiębiorstwem

**[ ] 3**jestem(śmy) małym przedsiębiorstwem

**[ ] 3** jestem(śmy) średnim przedsiębiorstwem

**[ ] 3** jestem(śmy) jednoosobową działalnością gospodarczą

**[ ] 3** jestem(śmy) osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

**[ ] 3** jestem(śmy) innym rodzajem

*Informacje wymagane wyłącznie do celów statystycznych*.

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….(miejscowość i data) | .…………..………….………………………..….(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ZER-ZAK-12/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT (NIP):** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507).

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ZER-ZAK-12/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT (NIP):** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |

**oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu wskazane w pkt 7.1. lit. c) Zapytania ofertowego**

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczam(y), że spełniamy warunki udziału w postępowaniu, czyli:

1. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę, zgodnie z art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799);
2. Dysponuje odpowiednią kadrą medyczną, tj. odpowiednią liczbą lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny pracy spełniających wymagania kwalifikacyjne zgodne z Rozporządzeniem 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 wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) oraz innej specjalizacji medycznej niezbędnej do prawidłowego przeprowadzenia kompleksowego badania profilaktycznego, gwarantującą ciągłość świadczeń podczas realizacji przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego***

***Załącznik nr 4 do Umowy nr ………/2024 z dnia ………… 2024 r.***

**Zestawienie lokalizacji Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz placówek Wykonawcy lub Podwykonawcy – w ramach realizacji Umowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Lokalizacje Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** | **Placówki Wykonawcy lub Podwykonawcy w ramach realizacji Umowy** |
| **Nazwa Jednostki** | **Siedziba (kod pocztowy, miejscowość)** | **Adres (ulica, nr)** | **Nazwa Placówki**  | **Siedziba (kod pocztowy, miejscowość)** | **Adres (ulica, nr)** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* |
| **WARSZAWA** |
|  | Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiA | 02-106 Warszawa | Pawińskiego 17/21 | ………………………… | …………………………….. | …………………………. |
|  | Centralna Komisja Lekarska w Warszawie | 02-567 Warszawa | Sandomierska 5/7 | ………………………… | …………………………… | …………………………. |
| **BIAŁYSTOK** |
|  | Zespół terenowy w Białymstoku | 15-003 Białystok | H. Sienkiewicza 65 | ……………………….. | …………………………… | …………………………. |
|  | Podlaska Rejonowa Komisja Lekarska w Białymstoku | 15-482 Białystok | Fabryczna 27 | ………………………… | …………………………… | ………………………… |
| **BYDGOSZCZ** |
|  | Zespół terenowy w Bydgoszczy | 85-090 Bydgoszcz | Powstańców Wielkopolskich 7  | ……………………….. | ……………………….. | ………………………. |
|  | Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Bydgoszczy | 85-074 Bydgoszcz | Kopernika 14 | ……………………….. | ……………………………. | ………………………. |
| **CZĘSTOCHOWA** |
|  | Zespół terenowy w Częstochowie | 42-200 Częstochowa | Ks. Jerzego Popiełuszki 5 | ……………………….. | ………………………….. | ……………………….. |
| **GDAŃSK** |
|  | Zespół terenowy w Gdańsku | 80-819 Gdańsk | Okopowa 15 | …………………………. | ……………………………… | ………………………. |
|  | Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Gdańsku  | 80-104 Gdańsk | Kartuska 4/6 | ………………………… | …………………………. | ………………………. |
| **GORZÓW WIELKOPOLSKI** |
|  | Zespół terenowy w Gorzowie Wielkopolskim | 66-400 Gorzów Wielkopolski | Kwiatowa 10 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **JELENIA GÓRA** |
|  | Zespół terenowy w Jeleniej Górze | 58-500 Jelenia Góra | Nowowiejska 43 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KATOWICE** |
|  | Zespół terenowy w Katowicach | 40-038 Katowice | Lompy 19 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Śląska Rejonowa Komisja Lekarska w Katowicach | 40-012 Katowice | Św. Jana 10 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KIELCE** |
|  | Zespół terenowy w Kielcach | 25-366 Kielce  | Śniadeckich 14 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Świętokrzyska Rejonowa Komisja Lekarska w Kielcach | 25-375 Kielce | Wojska Polskiego 51 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KRAKÓW** |
|  | Zespół terenowy w Krakowie | 31-571 Kraków | Mogilska 109 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Małopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Krakowie  | 30-033 Kraków | Pl. Inwalidów 3 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KOSZALIN** |
|  | Zespół terenowy w Koszalinie | 75-009 Koszalin | J. Słowackiego 11 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **LESZNO** |
|  | Zespół terenowy w Lesznie | 64-100 Leszno | 17-go Stycznia 8 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **LUBLIN** |
|  | Zespół terenowy w Lublinie | 20-019 Lublin | G. Narutowicza 73 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Lubelska Rejonowa Komisja Lekarska w Lublinie | 20-074 Lublin | Spokojna 3 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **ŁÓDŹ** |
|  | Zespół terenowy w Łodzi | 91-048 Łódź | Lutomierska 108/112 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Łódzka Rejonowa Komisja Lekarska w Łodzi  | 91-425 Łódź | Północna 42 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **NOWY SĄCZ** |
|  | Zespół terenowy w Nowym Sączu | 33-300 Nowy Sącz | Pułku Strzelców Podhalańskich 5 |  |  |  |
| **OLSZTYN** |
|  | Zespół terenowy w Olsztynie | 10-542 Olsztyn | Osińskiego 12/13 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Warmińsko-Mazurska Rejonowa Komisja Lekarska w Olsztynie  | 10-228 Olsztyn | Al. Wojska Polskiego 37 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **OPOLE** |
|  | Zespół terenowy w Opolu | 45-087 Opole | Powstańców Śląskich 20 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Opolska Rejonowa Komisja Lekarska w Opolu | 45-075 Opole | Krakowska 44 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **POZNAŃ** |
|  | Zespół terenowy w Poznaniu | 60-844 Poznań | J. Kochanowskiego 2a | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Wielkopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Poznaniu  | 60-631 Poznań | Dojazd 34 |  |  |  |
| **RADOM** |
|  | Zespół terenowy w Radomiu | 26-616 Radom | Limanowskiego 95 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **RZESZÓW** |
|  | Zespół terenowy w Rzeszowie | 35-036 Rzeszów | Dąbrowskiego 30 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Podkarpacka Rejonowa Komisja Lekarska w Rzeszowie | 35-111 Rzeszów | Krakowska 16 H |  |  |  |
| **SZCZECIN** |
|  | Zespół terenowy w Szczecinie | 70-515 Szczecin | Małopolska 47 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Zachodniopomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Szczecinie | 71-422 Szczecin | Piotra Skargi 16 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **WROCŁAW** |
|  | Zespół terenowy we Wrocławiu | 50-040 Wrocław | Podwale 31-33 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Dolnośląska Rejonowa Komisja Lekarska we Wrocławiu | 53-501 Wrocław | Grabiszyńska 35-39 |  |  |  |
| **ZAMOŚĆ** |
|  | Zespół terenowy w Zamościu | 22-400 Zamość | Prymasa St. Wyszyńskiego 2 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **ZIELONA GÓRA** |
|  | Lubuska Rejonowa Komisja Lekarska w Zielonej Górze | 65-044 Zielona Góra | Wazów 42 |  | ……………………….. | ……………………….. |

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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 (Dz. Urz. UE L z 4 maja 2016 r. nr 119/1 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-3)