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

 ***(Załącznik nr 2 do Umowy nr ……../2022 z dnia ………… r.)***

**FORMULARZ OFERTY**

**na**

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

**Nr sprawy: ZER-ZAK-10/2022**

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

**Wykonawca\***

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

***\*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: ……………..………………………………………………………złote/y/ch …/100

zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

**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, Z-ca Głównego Księgowego, Kierownik Zespołu Terenowego)  | wstępne, okresowe | 27 | ………… | kontrolne | 5 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowi | wstępne, okresowe | 130 | ………… | kontrolne | 37 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowiInformatyk sieciowiec i serwis komputerowy | wstępne, okresowe | 5 | ………… | kontrolne | 3 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi infolinii (centralnej) | wstępne, okresowe | 4 | ………… | kontrolne | 3 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi punktu klienta | wstępne, okresowe | 11 | ………… | kontrolne | 5 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi dokumentacji (archiwum, składnica akt) | wstępne, okresowe | 4 | ………… | kontrolne | 3 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Kierowcy | wstępne, okresowe | 5 | ………… | kontrolne | 2 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Magazynier | wstępne, okresowe | 2 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Pracownicy gospodarczy (konserwator) | wstępne, okresowe | 2 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Przewodniczący,Zastępca Przewodniczącego, Lekarz Orzecznik Komisji lekarskich | wstępne, okresowe | 64 | ………… | kontrolne | 20 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy biurowi w Komisjach lekarskich  | wstępne, okresowe | 58 | ………… | kontrolne | 20 | ………….. | …………… |
|  | Udział lekarza medycyny pracy ( minimum 4 spotkania) w:- zakładowej komisji BHP, - dokonywaniu i aktualizacji oceny ryzyka zawodowego, - opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy  | **……………** |
| **13.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*suma pozycji od nr 1 do nr 12 w kolumnie nr 9*)\*:**  | **……………** |
| **14.** | 20% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (20% należy wyliczyć od łącznej ceny netto) | **……………** |
| **15.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*poz. 13 + poz. 14 w kolumnie nr 9* )\*:** | **……………** |
| **16.** | **STAWKA PODATKU VAT\*: (*dotyczy tylko poz. 12*)** | **……………** |
| **17.** | **ŁĄCZNA CENA BRUTTO (*poz. 15 + poz. 16*)\*:** | **……………** |

**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,**

**\*\*\* Ilość uczestników może ulec zmianie w trakcie realizacji umowy.**

**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 2019 r. poz. 178).**

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*)

1. Nr rachunku bankowego Wykonawcy do wykonywania płatności w ramach umowy: ………………………………………………………………………………………………………
2. 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. Ceny wskazane w pkt 1, w tym ceny jednostkowe, obejmują wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia. Wykonawcy nie przysługuje od Zamawiającego zwrot jakichkolwiek dodatkowych kosztów, opłat i podatków poniesionych przez Wykonawcę w związku z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Zamówienie zrealizuję(emy) w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych we Wzorze umowy i w Opisie przedmiotu zamówienia.
3. 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.
4. Oferta jest dla Mnie/Nas wiążąca przez okres wskazany w pkt 13.1. Zapytania ofertowego.
5. 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.\*
6. 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) dużym przedsiębiorstwem

*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 i stażystów dla 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-10/2022** |

**Wykonawca**

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY/PODWYKONAWCY[[4]](#footnote-4)**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu wskazane w pkt 7.1.2. Zapytania ofertowego**

Oświadczam, że dysponuję odpowiednią kadrą medyczną, tj. odpowiednią liczbą lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny pracy spełniających wymagania kwalifikacyjne w trybie art. 229 § 8 pkt 5) Kodeksu pracy 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 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 i stażystów dla 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-10/2022** |

**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 (Dz. U. poz. 835).

**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.

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

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

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

***Załącznik nr 4 do Umowy nr ………/2022 z dnia ………… 2022 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 LekarskaMazowiecka Rejonowa Komisja Lekarska w Warszawie  | 02-567 Warszawa | Sandomierska 5/7 | ………………………… | …………………………… | …………………………. |
| **BIAŁYSTOK** |
|  | Zespół podlaski w Białymstoku | 15-003 Białystok | H. Sienkiewicza 65 | ……………………….. | …………………………… | …………………………. |
|  | Podlaska Rejonowa Komisja Lekarska w Białymstoku | 15-482 Białystok | Fabryczna 27 | ………………………… | …………………………… | ………………………… |
| **BYDGOSZCZ** |
|  | Zespół kujawsko-pomorski w Bydgoszczy | 85-090 Bydgoszcz | Powstańców Wielkopolskich 7  | ……………………….. | ……………………….. | ………………………. |
|  | Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Bydgoszczy | 85-074 Bydgoszcz | Kopernika 14 | ……………………….. | ……………………………. | ………………………. |
| **CZĘSTOCHOWA** |
|  | Zespół śląski w Częstochowie | 42-200 Częstochowa | Ks. Jerzego Popiełuszki 5 | ……………………….. | ………………………….. | ……………………….. |
| **GDAŃSK** |
|  | Zespół pomorski w Gdańsku | 80-819 Gdańsk | Okopowa 15 | …………………………. | ……………………………… | ………………………. |
|  | Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Gdańsku Skład Orzekający Centralnej Komisji Lekarskiej w Gdańsku | 80-104 Gdańsk | Kartuska 4/6 | ………………………… | …………………………. | ………………………. |
| **GORZÓW WIELKOPOLSKI** |
|  | Zespół lubuski w Gorzowie Wielkopolskim | 66-400 Gorzów Wielkopolski | Kwiatowa 10 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **JELENIA GÓRA** |
|  | Zespół dolnośląski w Jeleniej Górze | 58-500 Jelenia Góra | Nowowiejska 43 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KATOWICE** |
|  | Zespół śląski w Katowicach | 40-038 Katowice | Lompy 19 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Śląska Rejonowa Komisja Lekarska w Katowicach | 40-012 Katowice | Św. Jana 10 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KIELCE** |
|  | Zespół świętokrzyski w Kielcach | 25-366 Kielce  | Śniadeckich 14 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Świętokrzyska Rejonowa Komisja Lekarska w Kielcach | 25-375 Kielce | Wojska Polskiego 51 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KRAKÓW** |
|  | Zespół małopolski w Krakowie | 31-571 Kraków | Mogilska 109 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Małopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Krakowie Skład Orzekający Centralnej Komisji Lekarskiej w Krakowie  | 30-033 Kraków | Pl. Inwalidów 3 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **KOSZALIN** |
|  | Samodzielny Punkt Obsługi Klienta w Koszalinie | 75-009 Koszalin | J. Słowackiego 11 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **LESZNO** |
|  | Zespół wielkopolski w Lesznie | 64-100 Leszno | 17-go Stycznia 8 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **LUBLIN** |
|  | Zespół lubelski w Lublinie | 20-019 Lublin | G. Narutowicza 73 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Lubelska Rejonowa Komisja Lekarska w Lublinie | 20-074 Lublin | Spokojna 3 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **ŁÓDŹ** |
|  | Zespół łódzki w Łodzi | 91-048 Łódź | Lutomierska 108/112 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Łódzka Rejonowa Komisja Lekarska w ŁodziSkład Orzekający Centralnej Komisji Lekarskiej w Łodzi | 91-425 Łódź | Północna 42 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **NOWY SĄCZ** |
|  | Zespół małopolski w Nowym Sączu | 33-300 Nowy Sącz | Pułku Strzelców Podhalańskich 5 |  |  |  |
| **OLSZTYN** |
|  | Zespół warmińsko-mazurski w Olsztynie | 10-542 Olsztyn | Dąbrowszczaków 41 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Warmińsko-Mazurska Rejonowa Komisja Lekarska w Olsztynie  | 10-228 Olsztyn | Al. Wojska Polskiego 37 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **OPOLE** |
|  | Samodzielny Punkt Obsługi Klienta w Opolu | 45-087 Opole | Powstańców Śląskich 20 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Opolska Rejonowa Komisja Lekarska w Opolu | 45-075 Opole | Krakowska 44 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **POZNAŃ** |
|  | Zespół wielkopolski w Poznaniu | 60-844 Poznań | J. Kochanowskiego 2a | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Wielkopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Poznaniu  | 60-631 Poznań | Dojazd 34 |  |  |  |
| **RADOM** |
|  | Zespół mazowiecki w Radomiu | 26-616 Radom | Limanowskiego 95 |  | ……………………….. | ……………………….. |
| **RZESZÓW** |
|  | Zespół podkarpacki w Rzeszowie | 35-036 Rzeszów | Dąbrowskiego 30 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Podkarpacka Rejonowa Komisja Lekarska w Rzeszowie | 35-111 Rzeszów | Krakowska 16 H |  |  |  |
| **SZCZECIN** |
|  | Samodzielny Punkt Obsługi Klienta w Szczecinie | 70-515 Szczecin | Małopolska 47 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Zachodniopomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Szczecinie | 71-422 Szczecin | Piotra Skargi 16 | ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| **WROCŁAW** |
|  | Zespół dolnośląski we Wrocławiu | 50-040 Wrocław | Podwale 31-33 |  | ……………………….. | ……………………….. |
|  | Dolnośląska Rejonowa Komisja Lekarska we Wrocławiu | 53-501 Wrocław | Grabiszyńska 35-39 |  |  |  |
| **ZAMOŚĆ** |
|  | Zespół lubelski 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)
4. niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)