**Załącznik nr 2.19. do SWZ**

**Nr wew. postępowania 19/25**

**Zamawiający:  
Komenda Wojewódzka Policji   
z siedzibą w Radomiu  
ul. 11 Listopada 37/59  
26 – 600 Radom**

**FORMULARZ OFERTY**

**Zadanie nr 19** – szczepienia ochronne dla policjantów i pracowników pełniących służbę/wykonujących pracę na terenie działania **KMP w Płocku (KMP/KWP/CBŚP/OPP)**

**Ja/my\* niżej podpisani:**

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**działając w imieniu i na rzecz:**

|  |
| --- |
|  |

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kraj:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Adres e-mail:**  (na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję) |  |

**Wykonawca jest**:

* **mikro przedsiębiorcą -** TAK/NIE\*
* **małym przedsiębiorcą -** TAK/NIE\*
* **średnim przedsiębiorcą -** TAK/NIE\*
* **prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą -** TAK/NIE\*
* **osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej -** TAK/NIE\*
* **inny rodzaj** **-** TAK/NIE\*

\* (niepotrzebne skreślić)

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym na etapie trwania postępowania

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

Osoba wyznaczona do współdziałania przy wykonywaniu umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nr konta Wykonawcy |  |
| Nazwa banku, w którym Wykonawca posiada rachunek bankowy |  |

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na: Świadczenia medyczne z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej w Policji i szczepień ochronnych

Numer wewnętrzny postępowania: **19/25**

I. SKLADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Kryterium I – Cena „C” - waga 60%:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna cena oferty netto w zł** |  |
| **Łączna cena oferty brutto w zł** |  |
| **Kwota podatku VAT w zł** |  |
| **Stawka podatku VAT w %** |  |

- cena wynika z kalkulacji z poniższej tabeli

**Wykaz cennik rodzajowo ilościowy - zadanie nr 19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz cennik rodzajowo ilościowy** | | | | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj badania/usługi lekarskiego/ej** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Liczba zaplanowanych badań/usług** | **Cena netto w zł**  **(kol. 3 × kol. 5)** | **Cena brutto w zł**  **(kol. 4 × kol. 5)** |
| kol.1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 | kol. 6 | kol. 7 |
| 1 | WZW typu B (**cena za jedną dawkę szczepienia**, badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja) |  |  | 137 |  |  |
| 2 | Tężec (**cena za jedną dawkę szczepienia**, badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja) |  |  | 69 |  |  |
| 3 | Kleszczowe zapalenie opon mózgowych (**cena za jedną dawkę szczepienia**, badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja) |  |  | 210 |  |  |
|  | **łączna wartość** | | | |  |  |

**Kryterium II – Dysponowanie osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia) (G) – waga 20%**

**Oświadczam, że:**

**€ dysponuję lub będę dysponował osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia)\***

**€ nie dysponuję lub nie będę dysponował osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia)\***

\* właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że nie dysponuje lub nie będzie dysponował osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia), a oferta otrzyma w kryterium II - 0 punktów.

**Kryterium III - Obsługiwanie policjantów i pracowników Policji przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością (S) – waga 20%**

**Oświadczam, że:**

**policjanci/pracownicy Policji będą obsługiwani przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością \***

**policjanci/pracownicy Policji nie będą obsługiwani przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością \***

**\***właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że policjanci/pracownicy Policji nie będą obsługiwani przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością i oferta otrzyma w kryterium III - 0 punktów.

**Zaznaczone odpowiedzi muszą być tożsame z informacjami zaznaczonymi w Oświadczeniu (dot. kryteriów wyboru nr 2 i nr 3) – Załącznik nr 6 do SWZ.**

* **PLACÓWKA w której będą świadczone usługi zlokalizowana jest w:**

**.....................................................................................................................................................................................**

(należy podać nazwę i dokładny adres placówki)

W przypadku nie wpisania w ofercie adresu placówki gdzie świadczona będzie usługa oferta wykonawcy zostanie odrzucona jako niezgodna z warunkami zamówienia.

**UWAGA: Dla zadania nr 19 – miejsce świadczenia usługi musi znajdować się w miejscowości, w której znajduje się KMP w Płocku (KMP/KWP/CBŚP/OPP)**

**II. Informujemy, że wskazane poniżej dokumenty lub o**ś**wiadczenia dost**ę**pne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodost**ę**pnych i bezpłatnych baz danych:** (wypełnić jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa dokumentu lub oświadczenia** | **Adres internetowy bazy danych, gdzie dost**ę**pny jest**  **dokument lub o**ś**wiadczenie** |
|  |  |

**Inne informacje:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**III. Podwykonawcom zamierzamy powierzy**ć **wykonanie nast**ę**puj**ą**cych cz**ęś**ci zamówienia:**

**(**wypełnić jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Część zamówienia powierzona podwykonawcy** | **Nazwa firmy podwykonawcy**  **o ile jest znana na etapie składania ofert** |
|  |  |
|  |  |

W przypadku braku wypełnienia tabeli dotyczącej podwykonawców, Zamawiający uzna, że przedmiot zamówienia Wykonawca zrealizuje samodzielnie.

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
2. **OŚWIADCZAMY,** że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
3. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia określonego **w Rozdziale X pkt 1 SWZ.**
4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy określonymi w Załączniku nr **1.3** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ,   
   w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
5. **OŚWIADCZAM,** że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13   
   lub art. 14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
6. **Składamy ofertę na ………… stronach**
7. **Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

**Informacja dla Wykonawcy:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym i przekazany zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę

\*niepotrzebne 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie)