# Zał. nr 1 do SWZ Formularz ofertowy

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................................

Siedziba Wykonawcy ................................................................................................................ Nr telefonu ........................................................................................................................

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 organizowanego w trybie podstawowym o wartości mniejszej niż progi unijne zgodnie z art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.) na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników **Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego** Biur Powiatowych **ARiMR,** zgodnie z wymaganiami specyfikacji warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotu zamówienia **za:**

|  |
| --- |
|  **łączną 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 SWZ 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 związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
* Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w SWZ 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 w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* Oświadczamy, że w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie określonym w umowie tj. od 02.01.2024 r. do 31.12.2024 r.
* 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 (t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 1233) i nie mogą być ujawniane osobom trzecim. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

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

 **Zał. nr 6 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………….

**Oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu składane na podstawie art. 125 ust. 1 z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (dalej: „ustawa”)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników **Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego** Biur Powiatowych **ARiMR,** zgodnie z wymaganiami specyfikacji warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotu*,* oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale V , VI SWZ.

**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 , VI SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów**\***:

1. ……………………………………………………………………

 (*podać firmę i adres podmiotu*),

w następującym zakresie:

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

*(w skazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu);*

1. ……………………………………………………………………

(*podać firmę i adres podmiotu*),

w następującym zakresie:

…………………………………………………………………………………

 *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).* **Uwaga:**

***\*****Wymienić wszystkie inne podmioty i dla każdego odrębnie wymienić zasoby, które udostępnia on wykonawcy.*

*\*\* Wykonawca, w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia, wraz z oświadczeniem, także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające spełnianie warunków udziału w postepowaniu w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby.*

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

 **Zał. nr 7 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………….

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie o braku podstaw wykluczenia**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.**

oświadczam(-y), że na dzień złożenia niniejszego oświadczenia aktualne pozostają informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy tj. nie podlegam(-y) wykluczeniu na podstawie:

1. art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy Pzp,
2. art. 109 ust. 1 pkt 4, pkt 8, pkt 10 ustawy Pzp,
3. 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 2023r. poz. 1497, ze zm.).

 **Zał. nr 8 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………….

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.**

1. Oświadczamy, że nie należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 275) **z żadnym z wykonawców, którzy złożyli odrębną w przedmiotowym postępowaniu** o udzielenie zamówienia publicznego**.**

1. Oświadczamy, że należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 275) **z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu** o udzielenie zamówienia publicznego**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwa podmiotu**  | **Siedziba**  |
|   |   |   |
|   |   |   |

Jednocześnie na potwierdzenie, że nasza oferta została przygotowana niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej składam następujące informacje i/lub dokumenty:

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

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

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

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Zał. nr 9 do SWZ

Nazwa Wykonawcy: ……………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………

**Oświadczenie o podziale obowiązków w trakcie realizacji zamówienia**

*(dotyczy podmiotów wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Działając w imieniu wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, tj.

………………………………………….. przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzone w trybie podstawowym na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników **Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego** Biur Powiatowych **ARiMR,** oświadczam(-y), że wyszczególnione poniżej usługi zostaną zrealizowane przez następujących wykonawców:

1. Wykonawca ………………………………. (nazwa i adres) wykona następujące usługi w ramach realizacji zamówienia:

* 1. …………………………………………………………..
	2. …………………………………………………………... 3) ………………………………………………………..

1. Wykonawca ………………………………. (nazwa i adres) wykona następujące usługi w ramach realizacji zamówienia:

* 1. …………………………………………………………..
	2. …………………………………………………………... 3) ………………………………………………………..
1. Wykonawca ………………………………. (nazwa i adres) wykona następujące usługi w ramach realizacji zamówienia:

* 1. …………………………………………………………..
	2. …………………………………………………………... 3) …….……………………………………………………..