|  |
| --- |
| **DAZ-Z.272.18.2023*****Załącznik nr 3 do SWZ***FORMULARZ OFERTOWYZamawiający:**WOJEWÓDZTWO POMORSKIE**ul. Okopowa 21/2780-810 GDAŃSK W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego z zastosowaniem procedury właściwej dla zamówienia o wartości równej lub przekraczającej progi unijne, o jakich stanowi art. 3 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.) [zwanej dalej także „ustawą Pzp”], tj. postępowania prowadzonego w **trybie** **przetargu nieograniczonego** na podstawie art. 132 ustawy Pzp, pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** |
| **DANE WYKONAWCY:**Wykonawca/Wykonawcy:……………..……………..………………………………………….……….……..………...….……….............................................................................................................................................................................................................................................................................................Adres:…………………………………………………………………………………………..…….…………………..……………………..……..….…… …….……………………………….………………………………………………………………..…Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .…………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:e-mail: …………………….…………………………………………………………………………………….……………………………………………… Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ……………………………………………………….…………………………………………………………..***Rodzaj Wykonawcy (zaznaczyć właściwe):***  mikroprzedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo  jednoosobowa działalność gospodarcza  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  inny rodzaj  |
| 1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA ZAMÓWIENIA:**

Niniejszym oferuję/oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za **ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\* za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*:****Kwota brutto …………………………………………………………………………………………………**\* **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ.**UWAGA!****Niezłożenie wraz z ofertą Koncepcji i metodologii badania niezbędnej do dokonania oceny w zakresie kryterium „Koncepcja i metodologia badania” skutkować będzie odrzuceniem oferty na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5) ustawy Pzp.**1. **OŚWIADCZAMY, ŻE**
2. wskazana cena w Formularzu Ofertowym obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia wskazanego przez Zamawiającego w SWZ, uwzględnia wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania całości przedmiotu zamówienia, bez względu na okoliczności i źródła ich powstania.
3. Zgodnie z treścią art. 225 Pzp oświadczamy, że wybór przedmiotowej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie i wartości[[1]](#footnote-2):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….…………..………………………...………………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………..………………………….………..……………………………………………………………………………………...………..……..……………………………..………………………(należy wskazać: nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług)Uwaga:Uzupełnić jeżeli dotyczy. Brak uzupełnienia oznacza, iż wybór przedmiotowej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.1. akceptuję/-emy\* warunki wskazane w SWZ wraz z projektem umowy.
2. zapoznałem/-liśmy\* się ze SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. jestem/-eśmy\* związani złożoną ofertą przez okres 90 dni - bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
4. akceptuję/-emy\* przedstawione w SWZ postanowienia umowy i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązuje/-emy\* się do podpisania umowy, na określonych w SWZ warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. zapoznałem/-liśmy\* się ze wszystkimi warunkami zamówienia oraz dokumentami dotyczącymi przedmiotu zamówienia i akceptujemy je bez zastrzeżeń.
6. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. Ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. zostałem/-liśmy\* poinformowani, że możemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji jednocześnie wykazując, iż zastrzeżone informację stanowią tajemnice przedsiębiorstwa oraz zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
8. Oświadczam/-y\*, że wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[1] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-3).

*\* niepotrzebne skreślić* |
| 1. **PODWYKONAWCY** *(wypełnić, jeżeli dotyczy)\**
	1. (Części zamówienia) …… – (nazwa firmy Podwykonawcy) …….
	2. (Części zamówienia) …… – (nazwa firmy Podwykonawcy) …….
	3. (Części zamówienia) …… – (nazwa firmy Podwykonawcy) …….

\* W przypadku powierzenia części zamówienia Podwykonawcom, należy podać nazwy firm Podwykonawców (o ile są znane) |
| 1. **SPIS TREŚCI:**

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. ………………………………………………………………………………………………………………
2. .......................................................................................................................................................
3. .......................................................................................................................................................

*Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy* |

**DAZ-Z.272.18.2023 *Załącznik nr 5 do SWZ***

# Wykaz należycie wykonanych usług

**Wykonawca / Podmiot udostępniający zasoby [[3]](#footnote-4)**:

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

*(pełna nazwa/imię i nazwisko/ adres/ w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** prowadzonego przez Zamawiającego – Województwo Pomorskie oświadczam (-y), że w okresie ostatnich pięciu lat (licząc wstecz od dnia, w którym upłynął termin składania ofert w niniejszym postępowaniu), a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wykonałem (wykonaliśmy) należycie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu usługi, w tym nazwa zrealizowanego badania i/lub analizy i/lub ewaluacji.Opis musi potwierdzać warunek udziału w postępowaniu określony w rozdz. VIII ust. 2 pkt 1 SWZ | Czy przedmiotowa usługa obejmowała swoim zakresem interwencję publiczną\*?Wpisać TAK lub NIE | Wartość brutto usługi | Daty realizacji usługiOd…..do…..[dzień-miesiąc-rok] | Nazwa i adres podmiotu,na rzecz którego wykonano usługę |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

\* Definicja interwencji publicznej została zawarta w rozdz. VIII ust. 2 pkt 1 SWZ.

**UWAGA:**

* Do wykazu należy załączyć dowody dotyczące każdej z wymienionych powyżej usług określające, czy usługi te zostały wykonane w sposób należyty.
* Jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji usług wykonywanych wspólnie z innymi Wykonawcami, wykaz winien dotyczyć usług, w których wykonywaniu Wykonawca bezpośrednio uczestniczył.

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

*Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/Podmiotu udostępniającego zasoby*

**DAZ-Z.272.18.2023 *Załącznik nr 6 do SWZ***

# Wykaz osób

**Wykonawca / Podmiot udostępniający zasoby [[4]](#footnote-5):**

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

*(pełna nazwa/imię i nazwisko/ adres/ w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** oświadczam, że niżej wymienione osoby skieruję do realizacji przedmiotu zamówienia:

* + - 1. **Koordynator zespołu badawczego**

**Imię i nazwisko**: **……………………………………………………………………………………**

**Podstawa do dysponowania: …………………………………………………………………..**

Tabela nr 1. Doświadczenie Koordynatora zespołu badawczego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zrealizowanego badania i/lub analizy i/lub ewaluacji | Funkcja pełniona w zrealizowanym badaniu i/lub analizie i/lub ewaluacji\* | Czy zrealizowane badanie i/lub analiza i/lub ewaluacja obejmowało swoim zakresem interwencję publiczną\*\*?Wpisać TAK lub NIE | Odbiorca raportu końcowego lub tytuł czasopisma naukowego lub tytuł książki z nadanym ISBN/ISSN | Data wykonania(od-do)[miesiąc-rok] |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |

\* Proszę o podanie, czy wskazana osoba pełniła funkcję Koordynatora zespołu badawczego czy członka zespołu badawczego.

\*\* Definicja interwencji publicznej została zawarta w rozdz. VIII ust. 2 pkt 1 SWZ.

* + - 1. **Pierwszy członek zespołu badawczego**

**Imię i nazwisko**: **……………………………………………………………………………………**

**Podstawa do dysponowania: …………………………………………………………………...**

Tabela nr 2. Doświadczenie Pierwszego członka zespołu badawczego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zrealizowanego badania i/lub analizy i/lub ewaluacji | Funkcja pełniona w zrealizowanym badaniu i/lub analizie i/lub ewaluacji | Czy przedmiotowe badanie i/lub analiza i/lub ewaluacja dotyczyła obszaru polityki zdrowotnej (decyzje, plany i działania w ramach systemu opieki zdrowotnej)?Wpisać TAK lub NIE | Odbiorca raportu końcowego lub tytuł czasopisma naukowego lub tytuł książki z nadanym ISBN/ISSN | Data wykonania(od-do)[miesiąc-rok] |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |

* + - 1. **Drugi członek zespołu badawczego**

**Imię i nazwisko:** **……………………………………………………………………………………**

**Podstawa do dysponowania: …………………………………………………………………...**

Tabela nr 3. Doświadczenie Drugiego członka zespołu badawczego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zrealizowanego badania i/lub analizy i/lub ewaluacji | Funkcja pełniona w zrealizowanym badaniu i/lub analizie i/lub ewaluacji | Czy przedmiotowe badanie i/lub analiza i/lub ewaluacja dotyczyła obszaru polityki zdrowotnej (decyzje, plany i działania w ramach systemu opieki zdrowotnej)?Wpisać TAK lub NIE | Odbiorca raportu końcowego lub tytuł czasopisma naukowego lub tytuł książki z nadanym ISBN/ISSN | Data wykonania(od-do)[miesiąc-rok] |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |

* + - 1. **Trzeci członek zespołu badawczego**

**Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………**

**Podstawa do dysponowania: …………………………………………………………………**

Tabela nr 4. Doświadczenie Trzeciego członka zespołu badawczego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zrealizowanego badania i/lub analizy i/lub ewaluacji | Funkcja pełniona w zrealizowanym badaniu i/lub analizie i/lub ewaluacji | Czy przedmiotowe badanie i/lub analiza i/lub ewaluacja dotyczyła obszaru programów polityki zdrowotnej i/lub programów zdrowotnych?Wpisać TAK lub NIE | Odbiorca raportu końcowego lub tytuł czasopisma naukowego lub tytuł książki z nadanym ISBN/ISSN | Data wykonania(od-do)[miesiąc-rok] |
| 1. |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |

*Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**DAZ-Z.272.18.2023**

***Załącznik nr 7 do SWZ***

# OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ - składane w zakresie art. 108 ust. 1 pkt. 5 z dnia 11.09.2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej: ustawa Pzp)

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/imię i nazwisko/ adres/ w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** prowadzonego przez Województwo Pomorskie oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

przedkładam informację, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy PZP o tym, że na dzień składania ofert:

* **nie należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy Pzp
* **należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy Pzp \* - odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu złożył/li następujący Wykonawca/cy:

…………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa podmiotu)

z którym/mi należę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów.

W załączeniu – dowody, że powiązania z innym/i Wykonawcą/mi nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

*Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

*\* Odpowiednie zaznaczyć*

**DAZ-Z.272.18.2023**

***Załącznik nr 8 do SWZ***

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP – JEDZ

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/imię i nazwisko/ adres/ w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** prowadzonego przez Województwo Pomorskie oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że są aktualne informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp o niepodleganiu wykluczeniu, spełnianiu warunków udziału w postępowaniu (JEDZ), w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi Wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy.

*Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/ Podmiot udostępniający zasoby*

**DAZ-Z.272.18.2023**

***Załącznik nr 9 do SWZ***

**Wykonawcy wspólnie** **ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa, adres ,w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**Składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych**

**Dotyczące usług które wykonają poszczególni Wykonawcy.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Województwo Pomorskie o numerze DAZ-Z.272.18.2023 pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** oświadczam, że:

* Wykonawca…………………………………………………………….…….zrealizuje następujące usługi:………………………………………………………………………………….
* Wykonawca…………………………………………………………….…….zrealizuje następujące usługi:………………………………………………………………………………….
* Wykonawca…………………………………………………………….…….zrealizuje następujące usługi:………………………………………………………………………………….

Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**DAZ-Z.272.18.2023**

***Załącznik nr 10 do SWZ***

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawcy/Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**składane w zakresie art. 5k rozporządzenia Rady UE 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r., dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady UE 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r.**

**……………………………………………………………..**

 (pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy / Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Województwo Pomorskie o numerze DAZ-Z.272.18.2023 pn. **Wykonanie badania ewaluacyjnego pt. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”** oświadczam, że:

Wykonawca nie jest:

1. obywatelem rosyjskim, osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji;
2. osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
3. osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem:
	1. obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji lub
	2. osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji,

**oraz że żaden z podwykonawców, dostawców i podmiotów, na których zdolności wykonawca polega- w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia, nie należy do żadnej z powyższych kategorii podmiotów.**

Tym samym oświadczam, iż:

nie istnieją wobec Wykonawcy okoliczności, o których mowa w art. 5k rozporządzenia Rady UE 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady UE 2022/576.

**UWAGA:**

w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, tj. Konsorcjum lub spółki cywilnej, oświadczenie składa oddzielnie w swoim imieniu każdy członek konsorcjum lub każdy wspólnik spółki cywilnej.

*Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

1. **Uzupełnić jeżeli dotyczy.** Jeżeli zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 2 należy wskazać: nazwę (rodzaj) i wartość towaru/usług, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie VAT, tj. zgodnie z obowiązującymi przepisami to Zamawiający będzie płatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) oraz będzie zobowiązany do przekazania go na rachunek właściwego urzędu skarbowego, a nie Wykonawca. Jeżeli wybór takiej oferty, będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający doliczy do przedstawionej ceny oferty podatek od towarów i usług, który będzie miał obowiązek rozliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami. [↑](#footnote-ref-2)
2. 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. Wówczas należy usunąć treść powyższego oświadczenia poprzez jego przekreślenie. [↑](#footnote-ref-3)
3. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)
4. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-5)