**Załącznik nr 3 do SWZ**

**…………………………**

*( miejscowość, data)*

**FORMULARZ OFERTY**

Pełna nazwa Wykonawcy:

................................................................................................................

................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................

(kod, miasto, ulica, numer domu)

Województwo i powiat: .........................................................................

Nr tel. .....................................................................................................

Adres e – mail ........................................................................................

Strona www. ..........................................................................................

NIP: ........................................................................................................

REGON: .................................................................................................

Nazwa banku i nr oddziału .....................................................................  
Nr rachunku bankowego *(26 cyfrowy w standardzie NRB):*

.................................................................................................................

**Rodzaj wykonawcy - *proszę o uzupełnienie*:**

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

*(możliwe do wyboru: mikroprzedsiębiorstwo, małe przedsiębiorstwo, średnie przedsiębiorstwo, jednoosobowa działalność gospodarcza, osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej, inny rodzaj)*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w przedmiocie:

**Grupowa opieka medyczna pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie ubezpieczenia lub abonamentu medycznego**

zgodnie z warunkami i wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, zwanej dalej „SWZ” oraz w załącznikach do SWZ oferujemy:

1. **Za cenę oferty w wysokości:**
   1. CENA OFERTY NETTO : ............................ zł *(słownie złotych: ..................................*
   2. Stawka podatku VAT …...…%\*
   3. CENA OFERTY BRUTTO: ............................ zł\* *(słownie złotych: ...................................)\**

**Wyliczoną na podstawie niżej wskazanych tabel – Wykonawca jest zobowiązany do wypełnienia Tabeli nr 2 i 3 poniżej.**

**UWAGA, dane zawarte w Tabeli 1 mają charakter szacunkowy. Zamawiający nie gwarantuje partycypacji na niżej wskazanym poziomie. Dane maja na celu wyliczenie ceny do celów porównania ofert.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj pakietu | Szacowana liczba osób korzystających z wariantu 1 | Szacowana liczba osób korzystających z wariantu 2 | Szacowana liczba osób korzystających z wariantu 3 |
| x | x | 1 | 2 | 3 |
| 1 | indywidualny | 47 | 18 | 31 |
| 2 | partnerski | 12 | 7 | 9 |
| 3 | rodzinny | 4 | 7 | 13 |
| X | X | X | X | X |
| Szacowana liczba osób korzystająca z pakietu SENIOR: | | | | 10 |

**Tabela 1: szacowana przez Zamawiającego liczba osób korzystających z poszczególnych pakietów/wariantów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj pakietu | Oferowana przez Wykonawcę miesięczna opłata za realizację usług w ramach wariantu 1 | Oferowana przez Wykonawcę miesięczna opłata za realizację usług w ramach wariantu 2 | Oferowana przez Wykonawcę miesięczna opłata za realizację usług w ramach wariantu 3 | Oferowana przez Wykonawcę miesięczna opłata za realizację usług w ramach wariantu SENIOR |
| x | x | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | indywidualny | ………. zł netto  x 47 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 18 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 31 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 10 osób =………. |
| 2 | partnerski | ………. zł netto  x 12 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 7 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 9 osób =  ………. zł netto |
| 3 | rodzinny | ………. zł netto  x 4 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 7 osób =  ………. zł netto | ………. zł netto  x 13 osoby =  ………. zł netto |
| **RAZEM DLA WSKAZANEJ LICZBY OSÓB: (suma wierszy 1-4)** | | ………. zł netto | ………. zł netto | ………. zł netto | ………. zł netto |

**Tabela 2: Wysokość opłat miesięcznych za świadczenie usług, z uwzględnieniem szacunków Zamawiającego wskazanych w Tabeli 1.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj wariantu | Wysokość miesięcznej opłaty netto za wszystkie rodzaje pakietów (na podstawie ostatniego wiersza tabeli 2) | Stawka podatku VAT | Wysokość podatku VAT  (kol. 1 x kol. 2) | Wysokość miesięcznej opłaty brutto za wszystkie rodzaje pakietów  (kol.1 + kol. 3) |
| x | x | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Wariant 1 | ………. zł netto | ………. % | ………. zł | ………. zł brutto[[1]](#footnote-2) |
| 2 | Wariant 2 | ………. zł netto | ………. % | ………. zł | ………. zł brutto |
| 3 | Wariant 3 | ………. zł netto | ………. % | ………. zł | ………. zł brutto |
| 4 | Wariant SENIOR | ………. zł netto | ………. % | ………. zł | ………. zł brutto |
| Łączna miesięczna cena za wszystkie warianty | | ………. zł netto | ………. % | ………. zł | ………. zł brutto |
| **CENA OFERTY (suma wierszy 1-4 x 36 miesięcy)[[2]](#footnote-3):** | | ………. zł netto | ………. % | ………. zł | ………. zł brutto |

**Tabela 3: Wyliczenie ceny oferty**

* + - 1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ wraz z załącznikami oraz wyjaśnieniami\* i/lub zmianami\* SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami  
         i zasadami postępowania i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.
      2. Oświadczamy, że powyższa cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.
      3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki gwarancji i płatności za zrealizowanie przedmiotu zamówienia określone w SWZ.
      4. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
      5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert, tj. do dnia wskazanego w Rozdziale IX pkt 1. SWZ.
      6. Realizację usług objętych przedmiotem zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców/ z udziałem podwykonawców\*:

|  |  |
| --- | --- |
| *Część zamówienia, którą zamierzamy powierzyć podwykonawcom* | *Nazwa (firma) podwykonawcy* |
|  |  |
|  |  |

* + - 1. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

*(Zamawiający wskazuje, iż zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 ustawy)*

* + - 1. Istotne postanowienia umowy Zamawiającego akceptujemy bez zastrzeżeń  
         i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. Oświadczamy, iż nie umieścimy lub nie będziemy żądać umieszczania w zawieranej umowie po wyborze naszej oferty, jakichkolwiek postanowień za wyjątkiem postanowień o charakterze informacyjnych lub wskazujących na sposób wykonywania umowy w zakresie komunikacji stron i form tej komunikacji.
      2. Ofertę niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.
      3. Wnieśliśmy wadium o wartości ………………. w formie…………………….., które należy zwrócić na nr konta ………………………………………………….………… (jeżeli dotyczy)\*.
      4. Informujemy o dostępności wymaganych w SWZ podmiotowych środków dowodowych, zgodnie z art. 127 ust. 2 ustawy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oświadczenia lub dokumentu | Dokładne dane referencyjne dokumentacji lub numer i nazwa postępowania o udzielenie zamówienia u Zamawiającego, w którym Wykonawca złożył oświadczenia lub dokumenty |
|  |  |
|  |  |

Jednocześnie potwierdzam prawidłowość i aktualność ww. dokumentów i oświadczeń.

* + - 1. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a) ………………………………………………………….

b) ……………………………………………………….itd.

* + - 1. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem, w przypadku nie korzystania z Platformy zakupowej, należy kierować do:

Imię i nazwisko: ……………………………………………

Telefon…………………….. , e-mail: ……………………………………………………..

* + - 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych   
         w niniejszej ofercie, zgodnie z klauzulą informacyjną umieszczoną w Rozdziale XX SWZ oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
      2. OŚWIADCZAM, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem Pełnomocnikiem   
         do reprezentowania nas w postępowaniu lub reprezentowania nas w postępowaniu i zawarcia umowy jest:

…………………………………………………………………………….…………….

(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnictwo)

…………………………………….., dnia …...................................................…….. 2023 roku

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

**UWAGA! Dokument musi zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji wraz z dołączeniem dokumentów potwierdzających to uprawnienie zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ.**

**Załącznik nr 4 do SWZ**

Wykonawca:

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

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

(pełna nazwa/firma, adres, a także w zależności od podmiotu numer identyfikacyjny z odpowiedniego rejestru publicznego)

**Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej**

**w Warszawie**

**ul. Ks. Trojdena 4,**

**02-109 Warszawa**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAMÓWIENIE**

**lub**

**PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY[[3]](#footnote-4)**

***w zakresie spełniania warunków i braku podstaw do wykluczenia,***

***składane zgodnie z art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.***

***Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej „ustawą Pzp”***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego o sygnaturze ADZ.261.25.2023 na:

**Grupowa opieka medyczna pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie ubezpieczenia lub abonamentu medycznego**

oświadczam co następuje:

**Część I: Niepodleganie wykluczeniu oraz spełnianie warunków udziału.**

Oświadczam, że:

1. Nie podlegam(-y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 8 i 10 ustawy Pzp;
2. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 835).
3. Spełniam(-y) warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ.

**Część II: Środki naprawcze (*wypełnić tylko jeżeli dotyczy)***

Oświadczam(-y), że zachodzą w stosunku do mnie (nas) podstawy wykluczenia z postępowania określone w art. ………….. ustawy Pzp[[4]](#footnote-5). Jednocześnie oświadczam(-y), że w związku   
z ww. okolicznością podjęto odpowiednie środki naprawcze. Dowody na to, że podjęte środki   
są wystarczające do wykazania rzetelności Wykonawcy dołączam(-y) do oferty.

**Zamawiający w oparciu o dołączone przez wykonawcę dowody oceni, czy podjęte przez niego czynności są wystarczające do wykazania jego rzetelności, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu wykonawcy. Jeżeli podjęte przez wykonawcę czynności, nie zostaną uznane za wystarczające do wykazania jego rzetelności, Zamawiający wykluczy wykonawcę.**

**Część III: Informacja w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów (*wypełnić tylko jeżeli dotyczy).***

Oświadczam(-y), że w celu wykazania spełniania warunków udziału w przedmiotowym postępowaniu, polegam na zasobach następujących podmiotu(-ów):

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

(podać pełną nazwę/firmę, adres, zakres, a także w zależności od podmiotu numer identyfikacyjny z odpowiedniego rejestru publicznego).

**Oświadczam, że w odniesieniu do ww. podmiotu nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania.**

**W przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby wraz z niniejszym oświadczeniem, należy przedstawić także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim powołuję się na jego zasoby.**

**Część IV: Klauzula dotycząca podanych informacji.**

Oświadczam, że informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

**............................, dnia, ............................. ...................................................................................**

**Miejscowość Data Podpis(-y) osoby(osób) uprawnionej (-ych) do reprezentowania**

**wykonawcy / podmiotu udostępniającego zasoby wykonawcy**

**UWAGA! Dokument musi zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji Wykonawcy/podmiotu udostępniającego zasoby wraz z dołączeniem dokumentów potwierdzających to uprawnienie zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ**

Poniższe oświadczenie należy złożyć w przypadku gdy Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia (w tym gdy Wykonawcą jest spółka cywilna).

**Załącznik nr 5 do SWZ**

Pełna nazwa Wykonawcy:

................................................................................................................

................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................

(kod, miasto, ulica, numer domu)

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:**

**Grupowa opieka medyczna pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie ubezpieczenia lub abonamentu medycznego**

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie składających ofertę**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawieoświadczam, że:

1. ……………………………. (nazwa Wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia …………………………..
2. ……………………………. (nazwa Wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia …………………………..

**UWAGA! Dokument musi zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji wraz z dołączeniem dokumentów potwierdzających to uprawnienie zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ**

1. Wartość stanowi kryterium oceny ofert nr 1, o którym mowa w Rozdziale XIV punkt 1 SWZ. [↑](#footnote-ref-2)
2. Łączną cenę oferty netto, stawkę podatku VAT oraz brutto należy przepisać do punktu 1. [↑](#footnote-ref-3)
3. Niniejsze oświadczenie jest zobowiązany złożyć wykonawca, w przypadku gdy samodzielnie wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub **wykonawca i podmiot udostępniający zasoby wykonawcy**, w przypadku, gdy wykonawca w celu wykazania spełniania warunku udziału w postepowaniu korzysta z potencjału podmiotu trzeciego. [↑](#footnote-ref-4)
4. Należy podać właściwą podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 8 i 10 ustawy Pzp. [↑](#footnote-ref-5)