

..... dnia

.....
[pieczętka firmowa]

OFERTA

I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa

.....

.....

2. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]

.....

.....

3. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]

.....

.....

4. REGON

5. Telefon [z numerem kierunkowym]

6. Faks [z numerem kierunkowym]

7. Adres e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa

znak: [ZZP-170/17](#), w sprawie:

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA
MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

1. Cena oferty :

PEŁNA NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA REALIZACJĘ USŁUGI W OKRESIE 1 MIESIĄCA [PLN]*	LICZBA MIESIĘCY	ŁĄCZNA CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA REALIZACJĘ USŁUGI W OKRESIE 36 MIESIĘCY [PLN] *
1	2	3	4
ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155		36	

* cena całkowita brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Wartość wpisana w kolumnie 4 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 80 pkt w łącznej punktacji - kryterium nr 1) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ.

Łączna cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 4 – wynosi słownie:

.....

IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

- Termin realizacji zamówienia** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję termin realizacji zamówienia określony w rozdz. V pkt 2 SIWZ.
- Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 3 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.
- Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 4 SIWZ.
- Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:
Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 5 SIWZ.

V. WPLATA WADIUM - nie dotyczy

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 21 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....

i określenie czego dotyczy :

.....

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :

.....

.....

Ponadto oświadczamy, że:

- jesteśmy związani ofertą przez **30 dni** od upływu terminu na składanie ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy*

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy dotyczące spełnienia warunków w postępowaniu	
2.	Oświadczenie wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania	
3.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
4.	Wykaz wykonanych usług na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu	
5.	Wykaz osób pracujących dla wykonawcy w wyniku umowy o pracę na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu	
6.	Wykaz wykonanych usług do oceny ofert na podstawie kryterium nr 2	

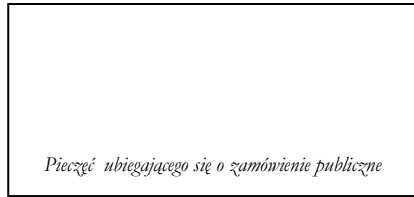
Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA
MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155



OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST. 1 USTAWY Z DNIA 29 STYCZNIA 2004 R.
PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DALEJ JAKO: USTAWA PZP)

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w rozdziale III SIWZ.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczętka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w polegam na zasobach następującego/yh podmiotu/ów:

.....
....., w

następującym zakresie:

.....

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

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczętka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA
MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST. 1 USTAWY Z DNIA 29 STYCZNIA 2004 R.
PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DALEJ JAKO: USTAWA Pzp)

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art.
ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24
ust. 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp.
podjąłem następujące środki naprawcze:

.....
.....

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
 ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA
 MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.2.-1.4. SIWZ

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy] _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
 osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
 osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne*
- wydano wyrok lub decyzję*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*niepotrzebne skreślić

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
 osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA
MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG
na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____ jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: _____
_____ na potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu określonego w rozdz. III ust. 2 pkt 1.3.1. SIWZ składam poniższy wykaz wykonanych usług:

LP.	NAZWA WYKONANEJ/ WYKONYWANEJ USŁUGI	PRZEDMIOT/ ZAKRES USŁUGI	TERMIN REALIZACJI	PODMIOT NA RZECZ, KTÓREGO ZOSTAŁA WYKONANA USŁUGA	WARTOŚĆ USŁUGI (ZŁ BRUTTO)	POTWIERDZENIE, ŻE USŁUGA ZOSTAŁA WYKONANA NALEŻYCIEM (nr załącznika/ strona oferty)*/
1	2	3	4	5	6	7
1			OD __/__/__ DO __/__/__			
....			OD __/__/__ DO __/__/__			

*/ -Wykonawca musi załączyć dowody potwierdzające, że każda z tych usług została wykonana lub jest wykonywana należycie.

Dowodami, o których mowa powyżej są:

- referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były lub są wykonywane,
- jeżeli Wykonawca nie jest w stanie uzyskać referencji z powodu wystąpienia uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wtedy przedstawia oświadczenie własne,
- w przypadku usług nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert w postępowaniu.

UWAGA:

Powyższy wykaz wykonanych/wykonywanych usług PODLEGA uzupełnieniu i wyjaśnieniom z art. 26 ustawy Pzp. i musi być złożony wraz z ofertą.

Wykonawca na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu może w ww. wykazie przedstawić więcej niż 1 wymaganą usługę, o których mowa w rozdz. III ust. 2 pkt 1.3.1. SIWZ.

_____, dnia __/__/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA

MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

**WYKAZ OSÓB PRACUJĄCYCH DLA WYKONAWCY W WYNIKU UMOWY O PRACĘ
na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____ jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: _____
_____ na potwierdzenia spełnienia warunku udziału określonego w rozdz. III ust. 2 pkt. 1.3.2. SIWZ składam poniższy wykaz osób:

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	OBIEKTY, W KTÓRYCH PRACOWNIK PEŁNIŁ USŁUGĘ OCHRONY OSÓB I MIENIA	OKRES ŚWIADCZENIA USŁUGI W MIESIĄCACH	INFORMACJA O PODSTAWIE DO DYSPONOWANIA OSOBĄ
1	1	2	3	4
1				
2				
3				
...				

UWAGA: Wszystkie ww. osoby muszą być zatrudnione na umowę o pracę.

Powyższy wykaz wykonanych/wykonywanych usług **PODLEGA** uzupełnieniu i wyjaśnieniom z art. 26 ustawy Pzp. i musi być złożony wraz z ofertą.

Wykonawca na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu musi w ww. wykazie przedstawić pracowników ochrony skierowanych do realizacji zamówienia z wymaganym doświadczeniem **minimum 12 miesięcy**.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęćka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 6 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA

MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG
do oceny ofert na podstawie kryterium nr 2

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____ jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: _____

_____ składam do oceny ofert na podstawie kryterium nr 2 „Doświadczenie zawodowe wykonawcy zamówienia” określonego w rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ poniższy wykaz wykonanych usług:

LP.	NAZWA WYKONANEJ/ WYKONYWANEJ USŁUGI	PRZEDMIOT/ ZAKRES USŁUGI	TERMIN REALIZACJI	PODMIOT NA RZECZ, KTÓREGO ZOSTAŁA WYKONANA USŁUGA	WARTOŚĆ USŁUGI (ZŁ BRUTTO)	POTWIERDZENIE, ŻE USŁUGA ZOSTAŁA WYKONANA NALEŻYCIEM (nr załącznika/strona oferty)*/
1	2	3	4	5	6	7
1			OD __/__/__ DO __/__/__			
2			OD __/__/__ DO __/__/__			
3			OD __/__/__ DO __/__/__			
....			OD __/__/__ DO __/__/__			

*/ -Wykonawca musi załączyć dowody potwierdzające, że każda z tych usług została wykonana lub jest wykonywana należycie.

Dowodami, o których mowa powyżej są:

- referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były lub są wykonywane,
- jeżeli Wykonawca nie jest w stanie uzyskać referencji z powodu wystąpienia uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wtedy przedstawia oświadczenie własne,
- w przypadku usług nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert w postępowaniu.

Każda z dodatkowo punktowanych wykonanych ww. usług musi spełniać warunki zgodnie z rozdz. III ust. 2 pkt 1.3.1. SIWZ: Wykonawca zobowiązany jest wykazać, że wykonał z należytą starannością, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, co najmniej 1 usługę ochrony osób i mienia, realizowane w budynkach użyteczności publicznej, każda trwająca minimum 12 kolejnych miesięcy i każda o wartości co najmniej 100 000,00 -zł (słownie złotych: sto tysięcy 00/100) brutto za rok.

UWAGA:

Usługi wymienione w ww. Wykazie w załączniku nr 6 do oferty NIE MOGĄ się pokrywać z usługami wykazanymi na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu w załączniku nr 4 do oferty.

Powyższy wykaz wykonanych/wykonywanych usług NIE PODLEGA uzupełnieniu ani wyjaśnieniom z art. 26 ustawy Pzp. i musi być złożony wraz z ofertą (brak ww. wykazu lub dowodów potwierdzających należyte wykonanie dodatkowo ocenianych usług skutkować będzie przyznaniem 0 pkt w kryterium nr 2).

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*