

..... dnia .....

[pieczęćka 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. 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: **ZZZP-192/17**, w sprawie:

**Wybór 4 ekspertów (1 eksperta głównego oraz 3 ekspertów pomocniczych, 4 osoby)  
 z zakresu funkcjonowania oddziału szpitalnego REHABILITACJI ; części : 1÷4  
 Część: ....., ....., .....**

(należy podać numer części, na które Wykonawca składa ofertę i wypełnić właściwą tabelę cenową - pkt III)

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO  
 W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ

\* wypełnić fakultatywnie

## III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

## CZĘŚĆ 1 - EKSPERT GŁÓWNY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO REHABILITACJI

1. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ wartość wpisana w kolumnie 2 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA PRZY ZAŁOŻENIU UDZIAŁU W 10 (DZIESIĘCIU) SPOTKANIACH W PLN
1	2	3
CZĘŚĆ 1 - EKSPERT GŁÓWNY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO REHABILITACJI	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena brutto – za udział w jednym spotkaniu – zgodnie z kolumną Nr 2 - wynosi słownie: .....

2. **Dyspozycyjność** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

3. **Zastępstwo** (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

4. **Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej** (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

## CZĘŚĆ 2 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU REHABILITACJI – EKSPERT 1

1. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ wartość wpisana w kolumnie 2 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA PRZY ZAŁOŻENIU UDZIAŁU W 10 (DZIESIĘCIU) SPOTKANIACH W PLN
1	2	3
CZĘŚĆ 2 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU REHABILITACJI – EKSPERT 1	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena brutto – za udział w jednym spotkaniu – zgodnie z kolumną Nr 2 - wynosi słownie.....  
.....

**2. Dyspozycyjność (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji)** - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

**3. Zastępstwo (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji)** - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

**4. Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji)** - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

### **CZĘŚĆ 3 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU REHABILITACJI – EKSPERT 2**

**1. Cena oferty (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji)** - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ wartość wpisana w kolumnie 2 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA PRZY ZAŁOŻENIU UDZIAŁU W 10 (DZIESIĘCIU) SPOTKANIACH W PLN
1	2	3
CZĘŚĆ 3 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU REHABILITACJI – EKSPERT 2	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena brutto – za udział w jednym spotkaniu – zgodnie z kolumną Nr 2 - wynosi słownie.....  
.....

**2. Dyspozycyjność (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji)** - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

**3. Zastępstwo (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji)** - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

**4. Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) -** zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

**CZĘŚĆ 4 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU REHABILITACJI – EKSPERT 3**

**1. Cena oferty (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) -** zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ  
wartość wpisana w kolumnie 2 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA PRZY ZAŁOŻENIU UDZIAŁU W 10 (DZIESIĘCIU) SPOTKANIACH W PLN
1	2	3
CZĘŚĆ 4 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU REHABILITACJI – EKSPERT 3	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena brutto – za udział w jednym spotkaniu – zgodnie z kolumną Nr 2 - wynosi słownie:

.....

**2. Dyspozycyjność (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) -** zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

**3. Zastępstwo (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) -** zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

**4. Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) -** zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

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

- Termin realizacji** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy i warunki realizacji zamówienia określone 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.

**4. 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**

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**CZĘŚĆ: ....., ....., .....**

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca wnosi wadium)

**1. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zał. nr .....

**2. Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....

(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

**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. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM**

[zgodnie z art.36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 6 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

.....

**IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZCIWEJ KONKURENCJI**

[Patrz rozdział I 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 :

.....

**X. OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSCY PRACOWNICY WYKONUJĄCY CZYNNOŚCI POLEGAJĄCE NA WYKONYWANIU PRACY W SPOSÓB OKREŚLONY W ART. 22 § 1 USTAWY Z DNIA 26 CZWERWCA 1976r. KODEKS PRACY - BĘDĄ ZATRUDNIONI NA UMOWĘ O PRACĘ**

[Patrz rozdział V Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**DOTYCZY/ NIE DOTYCZY \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeżeli nie dotyczy należy podać uzasadnienie:

.....  
.....

**XI. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI**

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

**Ponadto oświadczamy, że:**

- jesteśmy związani ofertą przez 60 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 pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oświadczenie wykonawcy na temat zawodowych kwalifikacji i doświadczenia	
...		
...		
...		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*

**ZALĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZZP-192/17**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

**WYBÓR 4 EKSPERTÓW (1 EKSPERTA GŁÓWNEGO ORAZ 3 EKSPERTÓW****POMOCNICZYCH (4 OSOBY) Z ZAKRESU FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO REHABILITACJI****CZEŚĆ:.....***Pieczęć ubiegającego się o zamówienie***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. 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 pieczęćka 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 pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

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 pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-192/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 4 EKSPERTÓW (1 EKSPERTA GŁÓWNEGO ORAZ 3 EKSPERTÓWPOMOCNICZYCH, 4 OSOBY) Z ZAKRESU FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO REHABILITACJICZEŚĆ:.....

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

NA TEMAT KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO

Imię i nazwisko osoby/eksperta, którym dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i który będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:			
<b>Sekcja 1: Stopień naukowy/tytuł naukowy:</b>			
1.1. Najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia/ tytuł albo stopień naukowy (zaznaczyć jeden):	• doktor	<input type="checkbox"/>	
	• doktor habilitowany	<input type="checkbox"/>	
	• profesor	<input type="checkbox"/>	
1.2. Ukończony kierunek studiów i uczelnia:			
<b>Sekcja 2: Kwalifikacje zawodowe:</b>			
2.1 Tytuł specjalisty lub spec. II stopnia:			
Anestezjologia i intensywne terapie	tak <input type="checkbox"/>	Kardiologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
Chirurgia ogólna	tak <input type="checkbox"/>	Kardiochirurgia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
Chirurgia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	Medycyna nuklearna	tak <input type="checkbox"/>
Choroby wewnętrzne	tak <input type="checkbox"/>	Onkologia kliniczna	tak <input type="checkbox"/>
Geriatryka	tak <input type="checkbox"/>	Rehabilitacja	tak <input type="checkbox"/>
Kardiochirurgia	tak <input type="checkbox"/>	Radioterapia onkologiczna	tak <input type="checkbox"/>
Kardiologia	tak <input type="checkbox"/>	Inna (jaka?)	tak <input type="checkbox"/>
<b>Sekcja 3: Doświadczenie zawodowe:</b>			
3.1 Doświadczenie zawodowe: co najmniej 10 (dziesięć) lat praktyki zawodowej w tym: - co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia zawodowego na stanowisku kierowniczym w podmiocie leczniczym		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>LUB (RÓWNOWAŻNIE)</b> - co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia naukowego na stanowisku kierowniczym w jednostce naukowo – badawczej w zakresie leczenia dziedziny wymienionej w SIWZ – dotyczy eksperta głównego (część 1)			

<p>3.2 Doświadczenie zawodowe: co najmniej 10 (dziesięć) lat praktyki zawodowej w tym:  - co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia zawodowego w podmiocie leczniczym</p> <p><b>LUB (RÓWNOWAŻNIE)</b></p> <p>- co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia naukowego w jednostce naukowo – badawczej w zakresie leczenia dziedziny wymienionej w SIWZ - dotyczy ekspertów pomocniczych (części od 2 do 4)</p>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

**OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE**

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*