

..... dnia

.....
[pieczęćka firmowa]

OFERTA

I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa
2. Przedstawiciel producenta*
3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]
.....
4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]
.....
5. REGON lub PESEL (os. fizyczna)
6. Telefon [z numerem kierunkowym]
7. Faks [z numerem kierunkowym]
8. 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-195/18** na:

Wybór jednego eksperta (1 osoby) zajmującego się doradztwem w zakresie ilościowej syntezy informacji statystycznej.

* wypełnić fakultatywnie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

1. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

1.1. Wartość wpisana w kolumnie 4 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert.

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA BRUTTO ZA 1 GODZINĘ ZEGAROWĄ (60 MINUT) ŚWIADCZENIA USŁUGI DORADCZEJ	CENA BRUTTO ZA MAKSYMALNIE 30 GODZIN ZEGAROWYCH (1 MIESIĄC) ŚWIADCZENIA USŁUGI DORADCZEJ (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 30)	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 3 X 12)
1	2	3	4
Wybór jednego eksperta (1 osoby) zajmującego się doradztwem w zakresie ilościowej syntezy informacji statystycznej.		

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną nr 4 wynosi słownie:

.....

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

Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: godzin (należy podać do pełnej godziny, jednak nie więcej niż 72 godziny).

3. **Dodatkowe umiejętności** (waga w ocenie ofert: 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3):

Oświadczam, że osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada przynajmniej jedną z nw. dodatkowych umiejętności:

Co najmniej dwie publikacje naukowe z zastosowaniem zaawansowanych narzędzi statystycznych dotyczących analizy systemu zdrowia **lub** w zakresie biostatystyki **lub** analizy przeżycia,

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Co najmniej 2-letnie doświadczenie dydaktyczne na uczelniach wyższych w zakresie biostatystyki lub analizy przeżycia lub ochrony zdrowia

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

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

1. **Terminy i warunki realizacji zamówienia** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 1 i 2 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy i warunki realizacji zamówienia określone w rozdz. VI pkt 1 i 2 SIWZ.

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

V.

WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem III Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

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 ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW**

[zgodnie z art. 36b ustawy Pzp. / Patrz rozdział VI 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 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 :
.....

X.

HASŁO DESZYFRUJĄCE JEDNOLITY EUROPEJSKI DOKUMENT ZAMÓWIENIA

[Patrz rozdział II pkt 9 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

Należy podać wymagane informacje zachowując oryginalną pisownię stworzonego przez wykonawcę hasła, którego użył w celu zaszyfrowania przesłanego elektronicznie JEDZ.

--

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

[Patrz rozdział VI pkt 5 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

DOTYCZY/ NIE DOTYCZY *

**niepotrzebne skreślić*

Jeżeli **nie dotyczy** należy podać uzasadnienie:

.....
.....

XII.

POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

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

XIII.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, 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.

Ponadto oświadczamy, że:

- jesteśmy związani ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/____ r.

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

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY

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

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/_____ r.

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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTYPOSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 195/18**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:

Wybór jednego eksperta (1 osoby) zajmującego się doradztwem w zakresie ilościowej syntezy informacji statystycznej.*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. V 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 pieczętka 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 pieczętka 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 pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 195/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:

Wybór jednego eksperta (1 osoby) zajmującego się doradztwem w zakresie ilościowej syntezy informacji statystycznej.

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

NA TEMAT KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO

[Patrz rozdział IV ust. 2 pkt. 2.3 oraz rozdział V ust. 2 pkt. 2.1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

Imię i nazwisko osoby/eksperta, którym dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i który będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:					
Sekcja 1: Stopień naukowy/tytuł naukowy:					
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. Zakres kwalifikacji zawodowych:	• Nauki ekonomiczne	<input type="checkbox"/>			
	• Statystyka	<input type="checkbox"/>			
	• Matematyka	<input type="checkbox"/>			
	• Fizyka	<input type="checkbox"/>			
	• Informatyka	<input type="checkbox"/>			
1.3. Ukończony kierunek studiów i uczelnia: (należy podać)				
Sekcja 2: Doświadczenie zawodowe:					
2.1 Doświadczenie zawodowe: co najmniej 3-letnie doświadczenie dydaktyczne na uczelniach wyższych w zakresie modelowania lub analizy danych z wykorzystaniem języka R		tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
2.2 Wykaz co najmniej 10 publikacji w czasopismach recenzowanych/punktowanych przez MNiSW dotyczących modelowania, analizy danych, statystyki itp. (autor główny lub współautor)					
L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma	
1.					

2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

* Poprzez zawarcie danych pozycji piśmienniczych w powyższym wyszczególnieniu Wykonawca oświadcza, że są one punktowane przez MNiSW.

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE.

_____, dnia ___/___/____ r.

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