

..... 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  
 prowadzący postępowanie w imieniu i na rzecz **16 JEDNOSTEK**  
 na podstawie udzielonych pełnomocnictw  
 znak: **ZZP-166/19** w sprawie:

**WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH  
 ZA 2019 I 2020R. W 16 JEDNOSTKACH (INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH,  
 SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY  
 TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE).**

\* wypełnić fakultatywnie

## III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

## 1. Cena oferty

**Wartość wpisana w wierszu 18 „Łączna cena całkowita brutto za przedmiot zamówienia (...)” jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji - kryterium nr 1) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ.

LP	NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA: WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 R. I 2020 R. W 1 6 JEDNOSTKACH (INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH, SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZYNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE)	CENA NETTO ZA PRZEPROWADZENIE BADAŃ SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019R	CENA BRUTTO ZA PRZEPROWADZENIE BADAŃ SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019R	CENA NETTO ZA PRZEPROWADZENIE BADAŃ SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2020R	CENA BRUTTO ZA PRZEPROWADZENIE BADAŃ SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2020R
1	2	3	4	5	6
1	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (sprawozdanie łączne)				
1.1	Centrum Onkologii - Instytut O/Gliwice (sprawozdanie jednostkowe)				
1.2	Centrum Onkologii - Instytut O/Kraków (sprawozdanie jednostkowe)				
1.3	Centrum Onkologii - Instytut O/Warszawa (sprawozdanie jednostkowe)				
2	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie				
3	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie				
4	Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie				
5	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie (sprawozdanie łączne)				
5.1	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc O/Rabka (sprawozdanie jednostkowe)				
5.2	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc O/Warszawa (sprawozdanie jednostkowe)				
6	Instytut Matki i Dziecka w Warszawie				
7	Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie				
8	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi				
9	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie				
10	Instytut Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie				
11	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie				
12	Narodowy Instytut Leków w Warszawie				
13	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi				
14	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie				
15	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu				
16	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie				
17	<b>RAZEM</b>				
18	<b>ŁĄCZNA CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA OBEJMUJĄCA PRZEPROWADZENIE SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 I 2020 ROK</b>			<b>WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 4 (WERS 17) + WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 6 (WERS 17)</b>	

\*cena całkowita brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z wierszem 21 - wynosi słownie:

.....

**2. Liczba biegłych rewidentów, którzy będą przeprowadzać badania sprawozdań finansowych, którzy w ostatnich 3 latach przeprowadzili minimum 3 badania sprawozdań finansowych** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji - kryterium nr 2) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ

**UWAGA! Wypełnić załącznik nr 4 do oferty.**

**3. Liczba biegłych rewidentów, o których mowa w kryterium nr 2 , którzy w ciągu ostatnich 3 latach przeprowadzili minimum 1 badanie sprawozdania finansowego podmiotu leczniczego** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji - kryterium nr 3) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ

**UWAGA! Wypełnić załącznik nr 4 do oferty.**

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

1. **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.
2. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 3 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.
3. **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 - 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]

1. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji zamówienia ....., nr tel. ...., adres poczty elektronicznej: ....., nr faksu: .....
2. W przypadku wyboru mojej oferty, informuję, że płatności za wykonanie przedmiotu zamówienia, winny być dokonywane na rachunek bankowy nr: .....

**VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW**

[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 NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI**

[Patrz rozdział I pkt 17 oraz rozdział III ust. 3 pkt.3.1. pkt 3.1.4. Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

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

[Patrz rozdział V ust.5.pkt. 5.11 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**DOTYCZY/ NIE DOTYCZY \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeżeli nie dotyczy należy podać uzasadnienie:

.....

**XI. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że:

- a) wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych osobowych zawartych w ofercie i w dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego,
- b) 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 i przekazałem Zamawiającemu,
- c) nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego przez Zamawiającego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.

**XII. INFORMACJE O MIKRO/MAŁYCH/ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTWACH**

**Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem<sup>1</sup>?**

*(informacja wymagana wyłącznie do celów statystycznych)*

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

<sup>1</sup>/- por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. *dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw* (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro.

**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 pieczętka imienna osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy*

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy dotyczące spełnienia warunków udziału w postępowaniu Oświadczenie wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania – załącznik nr 1	
2.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania – załącznik nr 2	
3.	Wykaz wykonanych usług na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu – załącznik nr 3	
4.	Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia, odpowiedzialnych za realizację usług – załącznik nr 4	
5.	Opis procedur i metod wykorzystywanych w celu przeprowadzenia badania pojedynczego sprawozdania finansowego – załącznik nr 5	

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

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

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

**ZAAŁACZNIK NR 1 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-166/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEN PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:

WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA

SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 R. I 2020 R. W 16 JEDNOSTKACH

(INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH, SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI

ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE)

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

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.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

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

.....  
.....,

w następującym zakresie: .....

.....

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

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

**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.

**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.

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.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: .....(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

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



**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:  
..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu:  
NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

**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.

**ZAAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-166/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:

WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA

SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 R. I 2020 R. W 16 JEDNOSTKACH

(INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH, SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI

ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE)

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.2.,1.3. 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.

oświadczam, że wobec ww. Wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem 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.

## ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 166/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:  
WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA  
 SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 R. I 2020 R. W 16 JEDNOSTKACH  
 (INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH, SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI  
 ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE)


 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 __/__/__			
2			OD __/__/__ DO __/__/__			
3			OD __/__/__ DO __/__/__			
4			OD __/__/__ DO __/__/__			
5			OD __/__/__ DO __/__/__			
6			OD __/__/__ DO __/__/__			
7			OD __/__/__ DO __/__/__			
8			OD __/__/__ DO __/__/__			
9			OD __/__/__ DO __/__/__			
10			OD __/__/__ DO __/__/__			
...						

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

Dowodami/poświadczeniami, o których mowa powyżej są:

a) referencje, protokoły odbioru, potwierdzenia wykonania płatności bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były lub są wykonywane,

- b) jeżeli Wykonawca nie jest w stanie uzyskać ww. dokumentów z powodu wystąpienia uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wtedy przedstawia oświadczenie własne,
- c) w przypadku usług nadal wykonywanych referencje, protokoły odbioru, potwierdzenia wykonania płatności bądź inne dokumenty powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert w postępowaniu. Wybór właściwego dokumentu należy do Wykonawcy, jednakże z przedłożonego dokumentu musi wynikać, że w ocenie odbiorcy usługi, zostały one wykonane należycie.

**UWAGA:**

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

Wykonawca na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu może w ww. wykazie przedstawić więcej niż 10 wymaganych usług, 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 4 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 166/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:  
WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA  
 SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 R. I 2020 R. W 16 JEDNOSTKACH  
 (INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH, SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI  
 ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE)

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA,  
 ODPOWIEDZIALNYCH ZA ŚWIADCZENIE USŁUG  
 na potwierdzenie kryterium nr 2 i 3**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_ jako upoważniony do reprezentowania Wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: \_\_\_\_\_ na potwierdzenie spełnienia kryterium oceny ofert określonego w rozdz. VI ust. 1 pkt 1.2. oraz pkt. 1.3. SIWZ składam poniższy wykaz osób:

LP.	IMIĘ I NAZWISKO BIEGŁEGO REWIDENTA	NR UPRAWNIENIA BIEGŁEGO REWIDENTA	LICZBA BADANYCH SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH NA PRZESTRZENI OSTATNICH 3 LAT	NAZWA BADANYCH JEDNOSTEK	LICZBA BADANYCH SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH NA PRZESTRZENI OSTATNICH 3 LAT	NAZWA BADANYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
....						
....						
....						

**UWAGA:**

Powyższy wykaz ~~osób wykonanych/wykonywanych usług~~ NIE PODLEGA uzupełnieniu i wyjaśnieniom i musi być złożony wraz z ofertą.

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

\_\_\_\_\_  
 podpis i pieczęćka imienna

osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 166/19**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:

WYBÓR FIRMY AUDYTORSKIEJ DO PRZEPROWADZENIA BADANIA

SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH ZA 2019 R. I 2020 R . W 16 JEDNOSTKACH

(INSTYTUTACH BADAWCZYCH I ICH ODDZIAŁACH, SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI

ZDROWOTNEJ ORAZ AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI W WARSZAWIE)

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**OPIS PROCEDUR I METOD WYKORZYSTYWANYCH W CELU PRZEPROWADZENIA  
BADANIA POJEDYNCZEGO SPRAWOZDANIA FINANSOWEGO.**

Zgodnie z rozdz. V pkt 1.3.

Uzupełnia wykonawca

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

---

*podpis i pieczęćka imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy.*