

..... 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: **ZZP-198/17** na:

**Wybór 3 ekspertów (1 eksperta głównego oraz 2 ekspertów pomocniczych – 3 osoby) z zakresu funkcjonowania oddziału szpitalnego chirurgii ogólnej**  
**Część:....**

(należy podać numer części, na którą 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



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



### III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

#### CZĘŚĆ 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
EKSPERT GŁÓWNY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO CHIRURGII OGÓLNEJ	.....	.....

\* 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

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
- EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ - 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

**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 cena 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
EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ - 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.

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

1. **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.
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

[ Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

#### CZEŚĆ:....

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

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

..... zal. 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 NIEUCZLIWEJ 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 pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: 198/17

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

WYBÓR 3 EKSPERTÓW (1 EKSPERTA GŁÓWNEGO ORAZ 2 EKSPERTÓW

POMOCNICZYCH – 3 OSOBY) Z ZAKRESU FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO CHIRURGII OGÓLNEJ

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 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  
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 pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: 198/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 3 EKSPERTÓW (1 EKSPERTA GŁÓWNEGO ORAZ 2 EKSPERTÓWPOMOCNICZYCH – 3 OSOBY) Z ZAKRESU FUNKCJONOWANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO CHIRURGII OGÓLNEJCZEŚĆ :

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 uczestniczył 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:</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 SIWZ. – dotyczy eksperta głównego (część 1)		
3.2 Doświadczenie zawodowe: co najmniej 10 (dziesięć) lat praktyki zawodowej w tym: - co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia zawodowego w podmiocie leczniczym <b>LUB (RÓWNOWAŻNIE)</b> - co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia naukowego w jednostce naukowo – badawczej w zakresie leczenia dziedziny wymienionej SIWZ. - dotyczy ekspertów pomocniczych (części od 2 do 4)	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

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

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

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