

..... 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-199/17** na:

**Wybór 3 ekspertów (1 eksperta głównego oraz 2 ekspertów pomocniczych - 3 osób) w zakresie funkcjonowania szpitalnego oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Części 1÷3
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 SZPITALNEGO ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

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
CZĘŚĆ 1 - EKSPERT GŁÓWNY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

* 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 ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII – 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 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
CZĘŚĆ 2 - EKSPERT POMOCNICZY (1 OSOBA) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII – 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 ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII – 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 ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII – 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]

CZĘŚĆ:.....,

(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: 199/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 3 EKSPERTÓW (1 EKSPERTA GŁÓWNEGO ORAZ 2 EKSPERTÓW

POMOCNICZYCH - 3 OSÓB) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I

INTENSYWNEJ TERAPII. CZĘŚCI 1÷3

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 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

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

POSTĘPOWANIE ZNAK: 199/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

[WYBÓR 3 EKSPERTÓW \(1 EKSPERTA GŁÓWNEGO ORAZ 2 EKSPERTÓW](#)[POMOCNICZYCH - 3 OSÓB\) W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I](#)[INTENSYWNEJ TERAPII. CZĘŚĆ 1÷3](#)**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:			
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. Ukończony kierunek studiów i uczelnia:			
Sekcja 2: Kwalifikacje:			
2.1 Tytuł specjalisty lub spec. II stopnia:			
Anestezjologia i intensywne terapia	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"/>
Sekcja 3: Doświadczenie zawodowe:			
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"/>
LUB (RÓWNOWAŻNIE) - 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)			

<p>3.2 Doświadczenie zawodowe: co najmniej 10 (dziesięć) lat praktyki zawodowej w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">- co najmniej 5 (pięć) lat doświadczenia zawodowego w podmiocie leczniczym <p>LUB (RÓWNOWAŻNIE)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*