

..... 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 lub PESEL (os. fizyczna).....
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-146/18

WYBÓR EKSPERTA ZEWNĘTRZNEGO Z ZAKRESU CHOROÓB UKŁADU KOSTNO-STAWOWO-MIĘŚNIOWEGO, KTÓRY WYKONA NA RZECZ ZAMAWIAJĄCEGO DZIEŁO Z TYTUŁU WSPARCIA MERYTORYCZNEGO Z ZAKRESU CHOROÓB UKŁADU KOSTNO-STAWOWO-MIĘŚNIOWEGO W RAMACH PRAC GRUPY ROBOCZEJ DS. CHOROÓB ODKLESZCZOWYCH ORAZ WYKONA DZIEŁO Z TYTUŁU WYKONANIA PRELEKCJI PODCZAS SEMINARIUM DEDYKOWANEGO DZIAŁANIOM PROFILAKTYCZNYM, W SZCZEGÓLNOŚCI PREZENTUJĄCEGO EFEKTY PRAC GRUPY ROBOCZEJ W ZAKRESIE CHOROÓB ODKLESZCZOWYCH



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

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. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1).

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA*
1	2
EKSPERT Z ZAKRESU CHOROÓB UKŁADU KOSTNO – STAWOWO – MIĘŚNIOWEGO (CHOROBY ODKLESZCZOWE)

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 2 - wynosi słownie:

.....

Imię nazwisko eksperta	Specjalizacja (dziedzina)	Doświadczenie zawodowe*	Publikacje

*Należy podać miejsce, oddział oraz okres zatrudnienia

2. **Ilość programów profilaktycznych** zaopiniowanych pozytywnie przez AOTMiT (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) (waga w ocenie ofert : 40 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

lp	Nazwa programu profilaktycznego	Data pozytywnej opinii wystawionej przez AOTMiT
1		
2		
3		
....		

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

1. **Termin 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 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 II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:

..... zał. nr

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

.....

**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 NIEUCZLIWEJ 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 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*

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oświadczenie wykonawcy -	
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczętka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR ... DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 146/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :
 WYBÓR EKSPERTA ZEWNĘTRZNEGO Z ZAKRESU CHOROÓB UKŁADU
 KOSTNO – STAWOWO – MIĘŚNIOWEGO (CHOROBY ODKLESZCZOWE)

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 1991r. 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*

ZAAŁĄCZNIK NR ... DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 146/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :
WYBÓR EKSPERTA ZEWNĘTRZNEGO Z ZAKRESU CHOROÓB UKŁADU
KOSTNO – STAWOWO – MIĘŚNIOWEGO (CHOROBY ODKLESZCZOWE)

Pieczczę ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

- zgodnie z rozdz. IV ust. 2 pkt 2.3. SIWZ

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że znajduję się w centralnym rejestrze lekarzy RP prowadzonym przez Naczelną Izbę lekarską pod numerem (należy podać)

_____, dnia ___/___/____ r.

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