**Nr sprawy: AZP.274.1/2024** Załącznik nr 2 do SWZ

**Formularz Ofertowy**

**Pełna nazwa Wykonawcy ..................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ............……………………………………………………………………………..…………..……..……..……….**

**NIP/PESEL\*\* ......................................... REGON ................................................................**

**KRS/CEiDG\*\* …….......……………………………………..…………………………..…….…………………...……….**

**Adres strony, z której można pobrać ww dokumenty ……………………..…………………………………**

**Osoba reprezentująca ............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji .........................................……..…………….……………………………..……….**

**Osoba wyznaczona do kontaktów .........................………………….…..…………………………..……….**

**Numer telefonu ……….. ...............................……………………………….……………………………..……….**

**Adres e-mail ..............................................……………………………….……………………………..……….**

**INFORMACJA O WIELKOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA[[1]](#footnote-1):**

 **mikro przedsiębiorstwo małe przedsiębiorstwo średnie przedsiębiorstwo**

 **duże przedsiębiorstwo**

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu pn. **Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie,** składamy ofertę skierowaną do:

**KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO JANA PAWŁA II,**

**Al. Racławickie 14, 20-950 Lublin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Formularz cenowy - świadczenie usług medycznych dla pracowników KUL na terenie miasta Lublin**

**(proszę wypełnić wszystkie rubryki tabeli wyceny)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Opis świadczenia** | **Szacunkowa ilość w okresie jednego roku** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto (zł)** | **Wartość netto (zł)** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
| **(zł)** | **(%)** | **(zł)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|   |   |   | **Sposób liczenia:** | **=3x4** |  | **=6x7** | **6 + 8** |
| **1** | Badania kontrolne  | 51 |   |   |   |   |   |   |
| **2** | Pracownicy administracyjno-biurowi i naukowi (włącznie z pracownikami magazynów KUL) z uwzględnieniem pracy związanej z obsługą monitorów ekranowych powyżej 4 godzin dziennie (wraz z wystawieniem zaświadczenia stwierdzającego konieczność bądź brak konieczności stosowania okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku przy pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania)  | 123 |   |   |   |   |   |   |
| **3** | Bibliotekarze | 24 |   |   |   |   |   |   |
| **4** | Konserwator książki, introligator | 2 |   |   |   |   |   |   |
| **5** | Pozostali pracownicy bibliotek, pracownicy obsługi, magazynierzy | 7 |   |   |   |   |   |   |
| **6** | Porządkowa pomieszczeń dydaktycznych, woźna | 28 |   |   |   |   |   |   |
| **7** | Pracownicy działów obsługi: portier, recepcjonista, szatniarz | 16 |   |   |   |   |   |   |
| **8** | Pracownicy działów obsługi: pracownik gospodarczy | 4 |   |   |   |   |   |   |
|  | Recepcjonista-woźna | 11 |   |   |   |   |   |   |
| **9** | Recepcjonista-konserwator | 1 |  |   |   |   |   |   |
| Portier-pracownik gospodarczy | 1 |  |   |   |   |   |   |
| Portier-konserwator  | 1 |   |   |   |   |   |   |
| Portier-dozorca | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | Portier-konserwator na wysokości, porządkowa powyżej 3m | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Strażnik ochrony mienia | 14 |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Kierowca pojazdów mechanicznych (jazda samochodem służbowym kat B lub dostawczym do 3,5 t.) | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Badania lekarskie do celów sanitarno -epidemiologicznych z wpisem orzeczenia do książeczki zdrowia | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Badania okulistyczne wraz z wystawieniem zaświadczenia, stwierdzającego konieczność lub jej brak stosowania okularów korygujących wzrok**/**soczewek kontaktowych, gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku bez pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania, na podstawie odrębnego skierowania wystawionego przez Zamawiającego | 54 |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Badania dla osób z niepełnosprawnościami i wydanie zaświadczenia o braku celowości stosowania skróconej normy czasu pracy | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Badania dla pracowników narażonych na działanie czynników fizycznych, biologicznych, oraz chemicznych z uwzględnieniem pracy wymagającej stałego i długotrwałego wysiłku głosowego oraz pracy związanej z obsługą monitorów ekranowych powyżej 4 godzin dziennie (wraz z wystawieniem zaświadczenia stwierdzającego konieczność bądź brak konieczności stosowania okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku przy pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania) | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **16** | Badania dla pracowników z uwzględnieniem pracy wymagającej stałego i długotrwałego wysiłku głosowego oraz pracy związanej z obsługą monitorów ekranowych powyżej 4 godzin dziennie (wraz z wystawieniem zaświadczenia stwierdzającego konieczność bądź brak konieczności stosowania okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku przy pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania) oraz specjalista-organista i korepetytor chóru | 313 |  |  |  |  |  |  |
| **17** | Pracownicy Działu Remontów oraz konserwatorzy | 15 |  |  |  |  |  |  |
| **18** | Akustycy, elektroakustycy | 1 |   |   |   |   |   |   |
| **19** | Pracownik Informatyczny | 1 |   |   |   |   |   |   |
| **20** | Ogrodnicy | 3 |   |   |   |   |   |   |
| **21** | Inspektorzy nadzoru oraz pracownicy administracji nadzorujący prace remontowe na wysokości | 5 |   |   |   |   |   |   |
| **22** | Badania w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia wraz z wydaniem orzeczenia na podstawie art.131 ust.6 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. – Prawo o Szkolnictwie wyższym (Dz.U.0.478 t.j. z późniejszymi zmianami) | 13 |   |   |   |   |   |   |
| **23** | Badania dla pracowników narażonych na działanie czynników fizycznych, biologicznych, chemicznych oraz promieniowania jonizującego z uwzględnieniem pracy związanej z obsługą monitorów ekranowych powyżej 4 godz. dziennie (wraz z wystawieniem zaświadczenia stwierdzającego konieczność bądź brak konieczności stosowania okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku przy pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania -pracownicy naukowi i naukowo-techniczni na WNPiT oraz WM. | 11 |  |  |  |  |  |  |
| **24** | Szczepienia ochronne przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **25** | Badania dla pracowników narażonych na działanie czynników fizycznych, biologicznych oraz chemicznych z uwzględnieniem pracy związanej z obsługą monitorów ekranowych powyżej 4 godz. dziennie (wraz z wystawieniem zaświadczenia stwierdzającego konieczność bądź brak konieczności stosowania okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku przy pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania (pracownicy naukowi i naukowo-techniczni na WNPiT oraz WM | 14 |  |  |  |  |  |  |
| **26** | Kierujący pracownikami z uwzględnieniem pracy związanej z obsługą monitorów ekranowych powyżej 4 godzin dziennie (wraz z wystawieniem zaświadczenia stwierdzającego konieczność bądź brak konieczności stosowania okularów korygujących wzrok**/**soczewek kontaktowych gdy przy danej wadzie wzroku nie jest możliwe skorygowanie wzroku przy pomocy okularów podczas pracy przy monitorze ekranowym oraz recepty określającej parametry odpowiednich szkieł korygujących wzrok w przypadku konieczności ich stosowania) oraz pracy wymagającej stałego i długotrwałego wysiłku głosowego | 25 |  |  |  |  |  |  |
| **27** | Udział lekarza medycyny pracy w pracach w Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Zamawiającego  | 1 |  |  |  |  |  |  |

*\** **Ilość i rodzaj wskazanych powyżej badań ma charakter orientacyjny. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą będą odbywały się na podstawie ilości i rodzaju rzeczywiście wykonanych badań.**

1. **CENA OFERTOWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WYNOSI**

Cena netto przedmiotu zamówienia wynosi …...............…………............. zł,

Stawka podatku VAT:…..…..%

Wartość podatku VAT wynosi:…………………………………...........……............ zł

Słownie …………………………………………………………..........................……....... zł

**Cena ofertowa brutto przedmiotu zamówienia wynosi …...............…………............. zł,**

……………………………………………………………………….………..…… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………………….…………………………………..)

1. **Deklarujemy dostępność lekarza medycyny pracy w siedzibie Wykonawcy w ilości dni: …………**

Pod pojęciem „dostępność lekarza medycyny pracy” Zamawiający rozumie dysponowanie przez Wykonawcę lekarzem medycyny pracy w placówce medycznej przez określoną w dniach liczbę zgodnie z kryterium oceny ofert zawartym w SWZ

1. **Deklarujemy dostępność lekarzy specjalistów (okulista, neurolog i laryngolog) w siedzibie Wykonawcy jednocześnie w ilości dni: …………**

Pod pojęciem „dostępność lekarzy specjalistów „ Zamawiający rozumie dysponowanie przez Wykonawcę lekarzami – okulistą, neurologiem oraz laryngologiem jednocześnie w placówce medycznej przez określoną w dniach liczbę zgodnie z kryterium oceny ofert zawartym w SWZ

**Ponadto:**

1. Oświadczamy, że **oferta nie zawiera tajemnicy przedsiębiorstwa** / **pliki o nazwach …..………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r.
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233), co zostało wykazane w treści oświadczenia zamieszczonego w pliku o nazwie …………………………….**.\***

2. Oświadczamy, że wybór naszej oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Jeżeli w zdaniu poprzednim zaznaczono, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego, należy bezwzględnie podać informacje, o których mowa w rozdziale XV ust. 10 SWZ:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Oświadczamy, że następujące części zamówienia powierzamy Podwykonawcom (należy podać zakres/części zamówienia oraz dokładne nazwy i dane (firm) Podwykonawców, o ile są już znane): …………………………………………………………………………………..………….……………...…………

4. Ponadto oświadczamy, że:

1. w łącznej cenie ofertowej brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia określone w SWZ i wzorze umowy;
2. zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
3. zamówienie zrealizujemy zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zawartymi
w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania,
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia składania ofert (włącznie z tym dniem),
5. w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Specyfikacji Warunków Zamówienia w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego,
6. załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:
* oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp – zał. nr 3 do SWZ
* …………………………………………………………………

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

\*zaznaczyć właściwe

\*\* w zależności od podmiotu\*zaznaczyć właściwe

\*\* w zależności od podmiotu

**Nr sprawy: AZP.274.1/2024** Załącznik nr 3 do SWZ

**Oświadczenie Wykonawcy**

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego **Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie.**

**Pełna nazwa Wykonawcy ...................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ........................……………………………………………………………………………..…………..……..……**

**NIP/PESEL\*\* .......................................... REGON ................................................................**

**KRS/CEiDG\*\* …….......……………………………………..…………………………..…….…………………...……….**

**Adres strony, z której można pobrać ww dokumenty ………………………………………………………**

**Osoba reprezentująca..............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji..............................……………………………….……………………………..……….**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I PODSTAW WYKLUCZENIA:**

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale XIII SWZ.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 109 ust. 1 ustawy Pzp.
4. 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. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109**ust. 1 pkt. 4), 5), 7), 8), 9) i 10) ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze i zapobiegawcze: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. 2023 poz. 1497)*.*

**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.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

\*\* w zależności od podmiotu

**Nr sprawy: AZP.274.1/2024** Załącznik nr 4 do SWZ

**Oświadczenie w zakresie art. 108 ust. 1 pkt. 5) ustawy Pzp**

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

**Pełna nazwa Wykonawcy ...................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ..........................………….…………………………………………………..…………..……..……..……….**

**NIP/PESEL\*\* ......................................... REGON ...............................................................**

**KRS/CEiDG\*\* ….….......……………………………………..…………………………..…….…………………...……….**

**Adres strony, z której można pobrać ww dokumenty ………………………………………………………**

**Osoba reprezentująca ............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji ............................……………………………….……………………………..……….**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie** oświadczam co następuje:

**oświadczam, że:**

* należę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 5) ustawy Pzp
z następującymi uczestnikami tego postępowania\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (firma) | Siedziba |
|  |  |  |
|  |  |  |

* nie należę do tej samej grupy kapitałowej z uczestnikami postępowania\*

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

\*zaznaczyć właściwe

\*\* w zależności od podmiotu

**Nr sprawy: AZP.274.1/2024** Załącznik nr 5 do SWZ

**Oświadczenie o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

**Pełna nazwa Wykonawcy ...................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ...................………………………………………………………………………..…………..……..……..……….**

**NIP/PESEL\*\* ......................................... REGON ................................................................**

**KRS/CEiDG\*\* …….......……………………………………..…………………………..…….…………………...……….**

**Adres strony, z której można pobrać ww dokumenty ………………………………………………………**

**Osoba reprezentująca ............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji .........................................………………….……………………………..……….**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie**

oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu dotyczącym spełniania warunków udziału
w postępowaniu oraz przesłanek wykluczenia z postępowania, złożonym w niniejszym postępowaniu w zakresie podstaw wykluczenia są aktualne.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

\*\* w zależności od podmiotu

**Nr sprawy: AZP.274.1/2024** Załącznik nr 6 do SWZ

**Oświadczenie, o którym mowa w art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

(składane w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się
o udzielenie zamówienia publicznego)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.  **Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie**

działając na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp oświadczamy, iż Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia zrealizują przedmiotowe zamówienie w zakresie określonym w tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa Wykonawcy | Zakres zamówienia realizowany przez Wykonawcę |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

1. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)