**Załącznik nr 3 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………….
2. Zarejestrowany adres Wykonawcy: ……………………………………………………………...
	1. Województwo: ……………………………………………………………………………….
	2. Powiat: ………………………………………………………………………………………..
	3. Numer telefonu ……………………………………………………………………………....
3. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zarejestrowany) ……………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

1. Numer REGON: …………………………………………………………………………………...
2. Numer NIP: ……………………………………………………………………………………….
3. E – mail, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję: …………………………………
4. Internet: http:// …………………………………………………………………………………...
5. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym przed podpisaniem umowy:
	1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………...
	2. Numer telefonu, w tym komórkowy: ………………………………………………………..
6. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym na etapie realizacji umowy:
	1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………...
	2. Numer telefonu, w tym komórkowy: ………………………………………………………..
	3. Adres e-mail: …………………………………………………………………………………

W nawiązaniu do ogłoszenia w sprawie udzielenia zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”,** nr postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
2. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od terminu składania ofert do terminu określonego w pkt 15.1. Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy w niniejszym postępowaniu, akceptujemy go i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
4. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnie
z niniejszą ofertą, na warunkach określonych we wzorze umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty
i nie wnosimy żadnych uwag.
6. Oświadczamy, że w cenie złożonej oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania przedmiotowego zamówienia; cena uwzględnia wszystkie uwarunkowania oraz czynniki związane z realizacją zamówienia i obejmuje cały zakres rzeczowy zamówienia – jest kompletna.
7. Oświadczamy, że *(niepotrzebne skreślić):*
8. zamówienie zrealizujemy we własnym zakresie,
9. zamierzamy powierzyć do realizacji przez podwykonawcę następujące części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj zamówienia powierzonego do wykonania przez Podwykonawcę\*** | **Firma (*nazwa, pod którą działa*) Podwykonawcy \*\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\* Wykonawca jest zobowiązany podać szczegółowy zakres, który zamierza powierzyć podwykonawcy.*

*\*\* Wykonawca jest zobowiązany podać firmę Podwykonawcy, o ile jest to wiadome.*

1. Informujemy, zgodnie z art. 225 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, że wybór naszej oferty **nie będzie/będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

Powyższy obowiązek podatkowy dotyczy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego),* objętych przedmiotem zamówienia, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) wynosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł (*wpisać wartość netto towaru/towarów lub usługi/usług wymienionych powyżej, bez kwoty podatku)*, a stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%.

1. Czy wykonawca jest *(właściwe należy zaznaczyć)*[[1]](#footnote-1)[1]?

[  ] mikroprzedsiębiorstwem

[  ] małym przedsiębiorstwem

[  ] średnim przedsiębiorstwem

[  ] osoba fizyczną prowadzącą jednoosobową działalnością gospodarczą;

[  ] osoba fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej;

[  ] innym podmiotem niewymienionym powyżej …………………………………

1. W celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania *(właściwe należy zaznaczyć)*:

[   ] wraz z ofertą składamy odpis z **Krajowego Rejestru Sądowego / informację z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej / odpis informację innego właściwego rejestru** *(niepotrzebne skreślić)*,

[ ] wskazujemy dane umożliwiające dostęp do dokumentów wskazanych powyżej za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych: ……………………………………………….

[  ] wraz z ofertą składamy pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania Wykonawcy.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu[[3]](#footnote-3).
2. Oświadczamy, pod rygorem wykluczenia z postępowania, a także pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 297 k.k.), że wszystkie oświadczenia i informacje zamieszczone w ofercie i załączonych do niej dokumentach są kompletne, prawdziwe i dokładne w każdym szczególe i opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
3. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Załącznik nr 3.1. do Formularza ofertowego**

**CENA OFERTY**

W nawiązaniu do ogłoszenia w sprawie udzielenia zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”,** nr postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT,** zgodnie z wymogami określonymi w SWZ oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

1. **Wynagrodzenie ryczałtowe za wykonanie całego przedmiotu zamówienia:**

brutto ……………………... zł ( słownie: ……………..………..……..… złotych 00/100), w tym:

netto …….……………. zł (słownie: ……………..………..………..…………… złotych 00/100),

oraz podatek VAT w wysokości: …………….. zł (słownie: ……………………. złotych 00/100).

Stawka podatku VAT …………… %

1. **Cena jednostkowa za poszczególne Zakresy i Pakiety programu na jednego uczestnika oraz wartość sumaryczna oferty na 12 miesięcy wynosi:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres** | **PAKIETY** | **Szacunkowa liczba pracowników przystępujących do programu opieki zdrowotnej** | **Miesięczne wynagrodzenie****za jeden pakiet [zł]** | **Wartość miesięcznego wynagrodzenia****[zł]****(kol. 3 x kol. 4)** | **Okres umowy****[miesiące]** | **Wartość wynagrodzenia****za 12 miesięcy [zł]****(kol. 5 x kol. 6)** |
| **kol.1** | **kol.2** | **kol. 3** | **kol.4** | **kol.5** | **kol. 6** | **kol.7** |
| **1** | Pracowniczy | 12 |  |   | 12 |   |
| Partnerski  | 3 |  |   | 12 |   |
| Rodzinny | 1 |  |   | 12 |   |
| **2** | Pracowniczy | 37 |  |   | 12 |   |
| Partnerski  | 19 |  |   | 12 |   |
| Rodziny  | 12 |  |   | 12 |   |
| **3** | Pracowniczy | 32 |  |  | 12 |  |
| Partnerski  | 23 |  |  | 12 |  |
| Rodziny  | 17 |  |  | 12 |  |
| **4** | Pracowniczy | 104 |  |  | 12 |  |
| Partnerski  | 68 |  |  | 12 |  |
| Rodziny  | 30 |  |  | 12 |  |
| **Razem cena brutto oferty na 12 miesięcy wynosi:** |  |

1. Wykonawca oferuje dodatkowe warunki programu opieki zdrowotnej:

A. Klauzule dodatkowe:

| **Klauzule dodatkowe** | Liczba punktów | AKCEPTACJA **TAK**/**NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. | Gwarancja dostępności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – internista, lekarz rodzinny, pediatra do 1 dnia roboczego od momentu zgłoszenia | **4** |  |
| 2. | Gwarancja akceptacji skierowań na badania wystawiane przez lekarzy spoza sieci placówek medycznych współpracujących z Wykonawcą | **4** |  |
| 3. | Gwarancja zmiany Zakresu oraz Pakietu na zakres wyższy możliwa jest w każdym czasie trwania umowy.Zmiana obowiązuje od 1. dnia miesiąca następującego po zgłoszeniu. | **3** |  |
| 5. | Możliwość jednokrotnej zmiany pakietu pracowniczego na partnerski lub rodzinny w ciągu 12 miesięcy umowy w dowolnym momencie w trakcie roku umownego | **1** |  |
| 6. | Rozszerzenie Zakresu I o dodatkowe konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – internista, lekarz rodzinny, pediatra | **2** |  |
| 7. | Rozszerzenie Zakresu 1-4 o dodatkowe nielimitowane lub ze zniżką wizyty lekarskie i bezpłatne badania diagnostyczne  | Maksymalnie 20 pkt | *Podstawą naliczenia punktów jest wypełnienie „Wykazu oferowanych świadczeń dodatkowych”**Zgodnie z ppkt. B* |
| 8. | Zwiększenie limitu rehabilitacji w Zakresie 4 do 30 zabiegów | **2** |  |
| 9. | Gwarancja zniesienia limitu na wizyty domowe dla Zakresu 3 | **2** |  |
| 10. | Gwarancja zniesienia limitu na wizyty domowe dla Zakresu 4 | **2** |  |
| 11. | Gwarancja pokrycia kosztów kontrastu (w przypadku wskazania lekarskiego) w ramach badań TK i RM  | **2** |  |

B. Wykaz oferowanych świadczeń dodatkowych:

*Wymaga się, aby zaznaczyć w formularzu tylko te usługi* *(wstawić „****+****”) do świadczenia których zobowiązuje się Wykonawca w dostępie bezpłatnym lub (wstawić „****%*** *”) do świadczeń których zobowiązuje się Wykonawca udzielić zniżki od ceny obowiązującej w placówce medycznej należącej do sieci Wykonawcy.*

***Uwaga:*** *W przypadku pozostawienia pustego pola, usługę uznaje się za nieprzyjętą w ofercie i nie będzie podlegała ona ocenie.*

| ***Pozycja*** | ***„Wykaz oferowanych świadczeń dodatkowych”*** |
| --- | --- |
| ***Wykaz oferowanych świadczeń dodatkowych*** | ***Zakresy*** | ***Liczba punktów*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***„+”******Dostęp bezpłatny*** | ***%*** |
|  | **KONSULTACJE LEKARSKIE**  |  |  |  |  |
| **A.** | **LEKARZE SPECJALIŚCI** |  |  |  |  |
| 1. | Lekarz specjalista: alergolog |  |  |  |  | 0,5 | **1,34 punktu** |
| 2. | Lekarz specjalista: anestezjolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 3. | Lekarz specjalista: audiolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 4. | Lekarz specjalista: chirurg onkolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 5. | Lekarz specjalista: dermatolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 6. | Lekarz specjalista: endokrynolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 7. | Lekarz specjalista: gastrolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 8. | Lekarz specjalista: hematolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 9. | Lekarz specjalista: hepatolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 10. | Lekarz specjalista: lekarz chorób zakaźnych |  |  |  |  | 0,5 |
| 11. | Lekarz specjalista: nefrolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 12. | Lekarz specjalista: neurochirurg |  |  |  |  | 0,5 |
| 13. | Lekarz specjalista: neurolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 14. | Lekarz specjalista: onkolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 15. | Lekarz specjalista: proktolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 16. | Lekarz specjalista: pulmonolog |  |  |  |  | 0,5 |
| 17. | Lekarz specjalista: rehabilitacji |  |  |  |  | 0,5 |
| 18. | Lekarz specjalista: wenerolog |  |  |  |  | 0,5 |
| **II.** | **ZABIEGI AMBULATORYJNE** |  |  |  |  |  |
| **A.** | **ZABIEGI DERMATOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Dermatoskopia |  |  |  |  | 0,03 |
| 2. | Ścięcie i koagulacja włókniaków skóry |  |  |  |  | 0,02 |
| 3. | Zabieg z zastosowaniem krioterapii |  |  |  |  | 0,02 |
| 4. | Zabieg z zastosowaniem elektroterapii |  |  |  |  | 0,02 |
| **B.** | **ZABIEGI GINEKOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Zabiegi z zakresu antykoncepcji |  |  |  |  | 0,02 |
| 2. | Leczenie nadżerek - kriokoagulacja |  |  |  |  | 0,02 |
| **C.** | **ZABIEGI ORTOPEDYCZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego |  |  |  |  | 0,02 |
| 2. | Nastawienie zwichnięcia lub złamania |  |  |  |  | 0,02 |
| 3. | Założenie i zdjęcie gipsu  |  |  |  |  | 0,02 |
| 4. | Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej |  |  |  |  | 0,02 |
| 5. | Punkcja dostawowa – pobranie materiału |  |  |  |  | 0,02 |
| 6. | Blokada dostawowa i okołodostawowa |  |  |  |  | 0,02 |
| **D.** | **ZABIEGI OTOLARYNGOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Koagulacja naczyń przegrody nosa |  |  |  |  | 0,02 |
| 2. | Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych |  |  |  |  | 0,02 |
| 3. | Nastawienie nosa zamknięte |  |  |  |  | 0,02 |
| 4. | Kateteryzacja trąbki słuchowej |  |  |  |  | 0,02 |
| 5. | Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa |  |  |  |  | 0,02 |
| 6. | Wlewka krtaniowa |  |  |  |  | 0,02 |
| 7. | Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej |  |  |  |  | 0,02 |
| 8. | Nacięcie krwiaków przegrody nosa |  |  |  |  | 0,02 |
| 9. | Nacięcie krwiaków małżowiny usznej |  |  |  |  | 0,02 |
| **III.** | **DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA** |  |  |  |  |  |
| **A.** | **BADANIA HEMATOLOGICZNE I UKŁADU KRZEPNIĘCIA** |  |  |  |  |  |
| 1. | Rozmaz ręczny krwi |  |  |  |  | 0,02 |
| **B.** | **BADANIA BIOCHEMICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Aminotransferaza alaninowa (ALT) |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Aminotransferaza asparaginowa (AST) |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Amylaza |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Białko całkowite |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | Białko C-reaktywne |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Bilirubina bezpośrednia |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Bilirubina pośrednia |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | Bilirubina całkowita |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | Ceruloplazmina |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | Cholesterol całkowity |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | Cholesterol HDL |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | Cholesterol LDL |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | Kwas foliowy |  |  |  |  | 0,01 |
| 14. | Lipaza |  |  |  |  | 0,01 |
| 15. | Magnez całkowity |  |  |  |  | 0,01 |
| 16. | Miedź (Cu) |  |  |  |  | 0,01 |
| 17. | Seromukoid |  |  |  |  | 0,01 |
| 18. | Ferrytyna, Transferryna |  |  |  |  | 0,01 |
| 19. | BUN – azot mocznikowy |  |  |  |  | 0,01 |
| 20. | Transferyna |  |  |  |  | 0,01 |
| **C.** | **BADANIA SEROLOGICZNE I IMMUNOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Odczyn VDRL (USR/PPR) |  |  |  |  | 0,01 |
| **D.** | **BADANIA HORMONALNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Tyreoglobulina |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Troponina |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Hormon wzrostu |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Adrenalina |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | Androstendion |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Androstron |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Aldosteron |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | Dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS) |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | Estradiol |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | Hormon folikulotropowy (FSH) |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | Hormon luteinizujący (LH) |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | Insulina |  |  |  |  | 0,01 |
| 14. | Kalcytonina |  |  |  |  | 0,01 |
| 15. | 17-hydrokskortykosteroidy |  |  |  |  | 0,01 |
| 16. | Kortyzol |  |  |  |  | 0,01 |
| 17. | Osteokalcyna |  |  |  |  | 0,01 |
| 18. | Parathormon (PTH) |  |  |  |  | 0,01 |
| 19. | Progesteron |  |  |  |  | 0,01 |
| 20. | Prolaktyna (PRL) |  |  |  |  | 0,01 |
| 21. | Prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie |  |  |  |  | 0,01 |
| 22. | Testosteron |  |  |  |  | 0,01 |
| 23. | Trijodotyronina całkowita (TT3) |  |  |  |  | 0,01 |
| 24. | Trijodotyronina wolna (fT3) |  |  |  |  | 0,01 |
| **E.** | **BADANIA IMMUNOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Immunoglobulina E całkowita (IgE) |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO) |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | Przeciwciała przeciw Chlamydia pneumoniae (IgA, IgG, IgM) |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Przeciwciała przeciwko cytoplazmie (ANCA) |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | Immunoglobulina G (IgG) |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | Immunoglobulina M (IgM) |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | Immunoglobulina A (IgA) |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | Przeciwciała przeciw CMV IGG (cytomegalia IgG) |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | Przeciwciała przeciw CMV IGA (cytomegalia IgA) |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | Przeciwciała przeciw IGM (cytomegalia IgM) |  |  |  |  | 0,01 |
| 14. | Przeciwciała przeciw Helicobacter pylori |  |  |  |  | 0,01 |
| 15. | Przeciwciała przeciwko Borrelia IgG |  |  |  |  | 0,01 |
| 16. | Przeciwciała przeciwko Borrelia IgM |  |  |  |  | 0,01 |
| **F.** | **BADANIA WIRUSOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Antygen HBe |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Przeciwciała przeciw HBe |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM) |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Przeciwciała przeciw toksoplazmowa gondii (IgG, IgM) |  |  |  |  | 0,01 |
| **G.** | **BADANIA BAKTERIOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Posiew z gardła z antybiogramem |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Posiew kału ogólny |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Posiew nasienia |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | Posiew plwociny |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Mykogram |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Badanie mikologiczne z posiewem |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | Salmonella spp, posiew wymazu z nosa |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | Posiew wymazu z oka |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | Posiew wymazu z ucha |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | Posiew wymazu z cewki |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | Posiew wymazu ze zmiany |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | Posiew wymazu z pochwy |  |  |  |  | 0,01 |
| 14. | Posiew wymazu z szyjki macicy |  |  |  |  | 0,01 |
| **H.** | **BADANIA MOCZU** |  |  |  |  |  |
| 1. | Amylaza w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Fosforany w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Bilirubina w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Magnez w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | Sód w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Potas w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Ciała ketonowe w moczu |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | Glukoza w moczu – wydalanie dobowe |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | Kwas moczowy – wydalanie dobowe |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | Magnez w moczu – wydalanie dobowe |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | Potas w moczu – wydalanie dobowe |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | Sód w moczu – wydalanie dobowe |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | Wapń w moczu – wydalanie dobowe |  |  |  |  | 0,01 |
| **I.** | **BADANIA KAŁU** |  |  |  |  |  |
| 1. | Badanie ogólne kału |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Resztki pokarmowe w kale |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Badanie na Rotawirusy i Adenowirusy |  |  |  |  | 0,01 |
| **J.** | **BADANIA INNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego) |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Skórne testy alergiczne – panel pokarmowy |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Skórne testy alergiczne – panel wziewny |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Skórne testy alergiczne – panel mieszany |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | Testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Testy płatkowe / kontaktowe – panel kosmetyki i fryzjerski |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Testy alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału |  |  |  |  | 0,01 |
| **IV.** | **DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA** |  |  |  |  |  |
| 1. | RTG czaszki |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | RTG okolicy czołowej |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | RTG żuchwy |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | RTG szczęki |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | RTG zatok nosa |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | RTG nosa |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | RTG oczodołu |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | RTG okolicy nadczołowej |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | RTG spojenia żuchwy |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | RTG okolicy jarzmowo-szczękowej |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | RTG krtani |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | RTG przewodu nosowo-łzowego |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | RTG nosogardzieli |  |  |  |  | 0,01 |
| 14. | RTG gruczołów ślinowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 15. | RTG okolicy tarczycy |  |  |  |  | 0,01 |
| 16. | RTG języczka |  |  |  |  | 0,01 |
| 17. | RTG tkanek miękkich i klatki piersiowej |  |  |  |  | 0,01 |
| 19. | RTG barku |  |  |  |  | 0,01 |
| 20. | RTG łopatki |  |  |  |  | 0,01 |
| 21. | RTG mostka |  |  |  |  | 0,01 |
| 22. | RTG żeber |  |  |  |  | 0,01 |
| 23. | RTG stawów |  |  |  |  | 0,01 |
| 24. | RTG ramienia |  |  |  |  | 0,01 |
| 25. | RTG łokcia |  |  |  |  | 0,01 |
| 26. | RTG przedramienia |  |  |  |  | 0,01 |
| 27. | RTG nadgarstka |  |  |  |  | 0,01 |
| 28. | RTG dłoni |  |  |  |  | 0,01 |
| 29. | RTG palca |  |  |  |  | 0,01 |
| 30. | RTG kończyny górnej |  |  |  |  | 0,01 |
| 31. | RTG kończyny dolnej |  |  |  |  | 0,01 |
| 32. | RTG miednicy |  |  |  |  | 0,01 |
| 33. | RTG biodra |  |  |  |  | 0,01 |
| 34. | RTG uda |  |  |  |  | 0,01 |
| 35. | RTG kolana |  |  |  |  | 0,01 |
| 36. | RTG podudzia |  |  |  |  | 0,01 |
| 37. | RTG kostki |  |  |  |  | 0,01 |
| 38. | RTG stopy |  |  |  |  | 0,01 |
| 39. | RTG przeglądowe jamy brzusznej |  |  |  |  | 0,01 |
| 40. | Mammografia |  |  |  |  | 0,01 |
| 41. | Urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza) |  |  |  |  | 0,01 |
| 42. | Wlew doodbytniczy |  |  |  |  | 0,01 |
| **V.** | **DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA** |  |  |  |  |  |
| 1. | USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, dwunastnicy) |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego) |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | USG mięśni |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | USG stawów biodrowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | USG stawów kolanowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | USG stawów łokciowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | USG stawów skokowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | USG stawów barkowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | USG drobnych stawów i więzadeł |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | USG ścięgna |  |  |  |  | 0,01 |
| 11. | USG węzłów chłonnych |  |  |  |  | 0,01 |
| 12. | USG krtani |  |  |  |  | 0,01 |
| 13. | USG nadgarstka |  |  |  |  | 0,01 |
| 14. | USG palca |  |  |  |  | 0,01 |
| 15. | USG tkanek miękkich |  |  |  |  | 0,01 |
| 16. | Echokardiografia (ECHO) |  |  |  |  | 0,01 |
| 17. | USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej |  |  |  |  | 0,01 |
| 18. | USG dopplerowskie szyi |  |  |  |  | 0,01 |
| 19. | USG dopplerowskie kończyn |  |  |  |  | 0,01 |
| 20. | USG dopplerowski tętnic nerkowych |  |  |  |  | 0,01 |
| 21. | USG gruczołu krokowego transrektalne |  |  |  |  | 0,01 |
| **VI.** | **DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK I NMR** |  |  |  |  |  |
| 1. | TK i NMR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu) |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | TK i NMR tkanek miękkich i szyi |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | TK i NMR klatki piersiowej |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | TK i NMR jamy brzusznej |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | TK i NMR miednicy |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | TK i NMR kości |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | TK i NMR stawów |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | TK i NMR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego) |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | TK i NMR kończyny górnej i dolnej (ręki, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy) |  |  |  |  | 0,01 |
| **VII.** | **DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA** |  |  |  |  |  |
| 1. | Gastroskopia/ gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu urazowego) |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | Sigmoidoskopia |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Rektoskopia |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | Kolonoskopia |  |  |  |  | 0,01 |
| 5.  | Anoskopia |  |  |  |  | 0,01 |
| **VIII.** | **BADANIA CZYNNOŚCIOWE** |  |  |  |  |  |
| 1. | EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera |  |  |  |  | 0,01 |
| 2. | EKG – próba wysiłkowa |  |  |  |  | 0,01 |
| 3. | Pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego) |  |  |  |  | 0,01 |
| 4. | EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG) |  |  |  |  | 0,01 |
| 5. | EMG – elektromiografia  |  |  |  |  | 0,01 |
| 6. | Densytometria kręgosłupa |  |  |  |  | 0,01 |
| 7. | Densytometria kości udowej |  |  |  |  | 0,01 |
| 8. | Densytometria kości obu rąk |  |  |  |  | 0,01 |
| 9. | Audiometria tonalna |  |  |  |  | 0,01 |
| 10. | Audiometria impedancyjna (tympanogram) |  |  |  |  | 0,01 |
| **X.** | **SZCZEPIENIA OCHRONNE** |  |  |  |  |  |
| 1. | Przeciwko odkleszczowemu wirusowemu zapaleniu opon mózgowych |  |  |  |  | 0,1 |
| 2. | Przeciwko odrze |  |  |  |  | 0,1 |
| **XI.** | **BADANIA NOWOTWOROWE** |  |  |  |  |  |
| 1. | SCC – antygen raka płaskonabłonkowatego |  |  |  |  | 0,1 |
| 2. | PSA |  |  |  |  | 0,1 |
| 3. | CEA – antygen carcinoembrionalny |  |  |  |  | 0,1 |
| Przyjęto następujące symbole opisujące dostępność usług w ofercie: | **Liczba przyznawanych punktów**  |
| „+” | usługa bezpłatna dostępna w pakiecie bez limitów | **0,01 pkt – 0,5 pkt** |
| „-” | usługa niedostępna w zakresie | **0 pkt** |
| „%” | usługa ze zniżką zgodnie z OWU | **1,34 pkt bez względu na ilość pozycji ze zniżką** |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

*………………………………………*

*………………………………………*

***Nazwa Wykonawcy***

**OŚWIADCZENIE, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP,**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw**

**do wykluczenia z postępowania**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”,** nr postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz SWZ.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW *(jeśli dotyczy)***:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz SWZ*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:……………………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………...……….…………………………………………, w następującym zakresie: ……………………………. …………………………………………………………………………………………………….………

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek określonych w art. 108 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek określonych w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.

***Lub/oraz***

1. 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 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

**Uwaga:**

*W przypadku składania oferty przez wykonawców występujących wspólnie, powyższe oświadczenie składa każdy wykonawca (np. członek konsorcjum, wspólnik w spółce cywilnej).*

*W przypadku polegania na zdolnościach podmiotu udostępniającego zasoby powyższe oświadczenie składa także podmiot udostępniający zasób.*

**Załącznik nr 5a do SWZ**

*………………………………………*

*………………………………………*

***Nazwa Wykonawcy***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”,** nr postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**, oświadczam, co następuje:

**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[[4]](#footnote-4).**

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

**Uwaga:**

*W przypadku składania oferty przez wykonawców występujących wspólnie, powyższe oświadczenie składa każdy wykonawca (np. członek konsorcjum, wspólnik w spółce cywilnej).*

**Załącznik nr 5b do SWZ**

*………………………………………*

*………………………………………*

***Nazwa Podmiotu***

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”,** nr postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**, oświadczam, co następuje:

**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[[5]](#footnote-5).**

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

*………………………………………*

*………………………………………*

***Nazwa Wykonawcy***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W** **OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”,** (sygn. postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**):

Oświadczam/y, że informacje zawarte w złożonym przeze mnie/nas oświadczeniu w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy Pzp,
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 Ustawy Pzp,
* pozostają aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

Dodatkowo oświadczam/my, że informacje zawarte w złożonym przeze mnie/nas w oświadczeniu stanowiącym Załącznik nr 5 do SWZ, w zakresie podstaw wykluczenia dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, pozostają aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

***W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z Wykonawców****.*

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam podpisem świadom(a) odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**Załącznik nr 7 do SWZ**

*……………………………………….*

*………………………………………*

***Nazwa Wykonawcy***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej, o której mowa**

**w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”** (sygn. postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**) oświadczam (/-y) że:

1. **\*nie należymy do grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. **108 ust. 1 pkt 5** ustawy Pzp;
2. **\*należymy do grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. **108 ust. 1 pkt 5** ustawy Pzp z nw. Wykonawcą/-mi uczestniczącym/-mi w postępowaniu\*\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu** | **Adres podmiotu** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* w sytuacji, gdy Wykonawca należy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dn. 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów wraz ze złożeniem oświadczenia może przedstawić dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.*

***W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z Wykonawców****.*

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam podpisem świadom(a) odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.**

**Załącznik nr 8 do SWZ**

*……………………………………….*

*………………………………………*

***Nazwa Wykonawcy***

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników MPK Sp. z o.o. we Wrocławiu”** (sygn. postępowania: **KU.241/tp14\_2023/AT**).

1. [1]  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). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

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

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

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z treścią 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, zwanej dalej „ustawą”, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z treścią 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, zwanej dalej „ustawą”, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-5)