Załącznik nr 1 do SWZ

Nr Sprawy: **PO.271.42.2022**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **ZAMAWIAJACY:**

**Sieć Badawcza ŁUKASIEWICZ - PORT Polski Ośrodek Rozwoju Technologii, ul. Stabłowicka 147, 54-066 Wrocław.**

1. **WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta została złożona przez:**

Ja / My, niżej podpisany/i …………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA WYKONAWCY/ÓW** | **ADRES/Y WYKONAWCY/ÓW** | **NIP, REGON WYKONAWCY/ÓW** |
|  |  |  |  |

1. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Adres e -mailowy, numer telefonu** |  |

1. Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na zamówienie p.n.: **„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy”** oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym SWZ na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis** | **Ilość[[1]](#footnote-1)** | **Cena jednostkowa (jednej opłaty ryczałtowej, szczepionki, badania lub usługi) PLN netto** | **Cena łączna netto PLN**  **(Ilość x Wartość jednostkowa)** | **Stawka VAT%** | **Podatek VAT** | **Cena łączna brutto PLN** |
| **Miesięczna opłata ryczałtowa od osoby** (bez uwzględniania dodatkowych badań i dodatkowych usług) | **390 x 12 miesięcy** |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe badania:** |  | | | | | |
| Szczepionka p/WZW typu B | **20** |  |  |  |  |  |
| Szczepionka p/grypie | **12** |  |  |  |  |  |
| Szczepionka p/tężcowi | **20** |  |  |  |  |  |
| Szczepienia na kleszczowe zapalenia mózgu | **8** |  |  |  |  |  |
| Badania dla osób mających kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny). | **25** |  |  |  |  |  |
| **Cena oferty** | | |  |  |  |  |

1. **Oświadczenia wykonawcy:**
   1. Oświadczam/y, że wykonam/y zamówienie w terminie wskazanym w SWZ.
   2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
   3. Termin płatności zgodnie z treścią wzoru umowy (załącznik nr 3 do SWZ).
   4. Oświadczamy/y, że:

* **Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części usług podwykonawcom (należy skreślić jeżeli nie dotyczy).
* **Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującego zakresu usług (należy wypełnić poniższą tabelę, jeżeli dotyczy lub skreślić jeżeli nie dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia - zakres usług, jakich Wykonawca zamierza powierzyć  podwykonawcom | Firma (nazwa) podwykonawcy |
| 1. |  |  |

* 1. w ramach kryterium nr 2 oświadczam/y, że na terenie miasta Wrocław dysponuję/my poniższymi placówkami zapewniającymi dostęp do lekarza medycyny pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Adresy placówek we Wrocławiu zapewniających dostęp do lekarza medycyny pracy** | **Łączna liczba placówek** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |
| … |  |

* 1. w ramach kryterium nr 3 oświadczam/y, że w miastach w innych województwach dysponuję/my poniższymi placówkami zapewniającymi dostęp do lekarza medycyny pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Adresy placówek zapewniających dostęp do lekarza medycyny pracy** | **Łączna liczba placówek** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |
| … |  |

* 1. w ramach kryterium nr 4 oświadczam/y, że dysponujemy konsultantem: TAK / NIE.[[2]](#footnote-2)

*Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca nie zaznaczy/ nie wpisze odpowiednio: iloma placówkami na ternie miasta Wrocławia oraz w miastach innych województwach zapewniającymi dostęp do lekarza medycyny pracy dysponuje oraz/lub Wykonawca nie wskaże ich adresów, czy dysponuje konsultantem, oferta wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5) PZP*

* 1. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i w ramach tej ceny zostaną dokonane wszelkie czynności opisane w SWZ, w tym w szczególności w OPZ.
  2. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią wzoru umowy (załącznik nr 3 do SWZ) i akceptujemy jego treść.
  3. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą podpiszę umowę na warunkach określonych w SWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
  4. Oświadczam/my, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
     w przedmiotowym postępowaniu\*\*.
  5. Oświadczam/my, że usługi dotyczące przedmiotu zamówienia: będą/nie będą\*prowadzić (niepotrzebne skreślić) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.).

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego   
w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(rodzaj) towaru/usługi** | **Wartość towaru / usługi bez kwoty podatku** | **Stawka podatku od towarów i usług, która będzie miała zastosowanie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*skreślić niepotrzebne

W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji, Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego będzie miało zastosowanie w przypadku:

* wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
* importu usług lub towarów.

*\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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)*

*\*\*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, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis „nie dotyczy”.*

* 1. Oświadczam/my, że jako wykonawca jestem/śmy (niepotrzebnie skreślić):

- mikro przedsiębiorstwem

- małym przedsiębiorstwem

- średnim przedsiębiorstwem

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.
  1. Oświadczam/y, że oferta i załączniki zawierają/ nie zawierają *(niepotrzebne skreślić)*następujące informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji: …………………………………………………………………….

**Oferta winna zostać sporządzona, pod rygorem nieważności w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

1. Podana ilość jest orientacyjna służącą wyliczeniu ceny oferty. Zamawiający zastrzega sobie możliwość nie wykorzystania w całości podanych ilości, z tego tytułu Wykonawcy nie będzie przysługiwało żadne roszczenie w stosunku do Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-2)