***Załącznik nr 2 do SWZ***

**FORMULARZ OFERTY**

**dla Narodowego Centrum Badań i Rozwoju**

Ja/my\* niżej podpisani:

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

działając w imieniu i na rzecz:

*(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Adres:

Kraj

REGON

NIP:

TEL.

adres e-mail:

*(na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję)*

Proszę określić rodzaj Wykonawcy.

  mikroprzedsiębiorstwo

  małe przedsiębiorstwo

  średnie przedsiębiorstwo

  jednoosobowa działalność gospodarcza

  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

  inny rodzaj

**Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na „Świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (okresowych i kontrolnych) pracowników Grupy NCBR, badań wstępnych osób przyjmowanych do pracy, wydawania orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy lub o przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy oraz udział lekarza w pracach komisji BHP oraz kompleksowej, specjalistycznej opieki medycznej dla pracowników Grupy NCBR,** nr postępowania 35/23/PN, **składamy ofertę na** realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia i jej załącznikach na następujących warunkach:

1. Oferowane ceny za pakiety świadczenia usług medycznych - dane do rozliczeń oraz do przyznania punktów w kryterium „Cena”:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena za jeden** **pakiet świadczenia usług medycznych**  | **Cena jednostkowa w zł**  |
| **Pakiet standard pracownik (CSP)** |  |
| **Pakiet standard - partner (CSP2)** |  |
| **Pakiet standard - rodzina (CSR)** |  |
| **Pakiet premium pracownik (CPP)** |  |
| **Pakiet premium - partner (CPP2)** |  |
| **Pakiet premium - rodzina (CPR)** |  |
| **Pakiet menadżer pracownik (CMP)** |  |
| **Pakiet menadżer - partner (CMP2)** |  |
| **Pakiet menadżer - rodzina (CMR)** |  |
| **Pakiet senior (CS)** |  |
| **Pakiet współpracownik standard i premium (CWSP)** |  |

Oświadczamy, że oferowana cena obejmuje wszystkie koszty i składniki związane z realizacją zamówienia (w tym ewentualne upusty i rabaty).

1. OŚWIADCZAMY, że jesteśmy wpisani do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej: nr wpisu … z dnia…\*\*

\*\*należy uzupełnić

1. Oferowane parametry w celu uzyskania punktów w kryterium „Obsługa” zawiera tabela:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podkryterium | **Oferowane parametry** |
| 1. | Sieć własnych placówek medycznych na terenie Warszawy \*\*\* | 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15. |
| 2. | Sieć własnych placówek medycznych na terenie Polski, poza granicami województwa mazowieckiego\*\*\*  | 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12. |
| 3. | Własny szpital zapewniający opiekę medyczną na terenie Warszawy | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe**\*w przypadku zaoferowania podać lokalizację** |
| 4. | Honorowanie skierowań zewnętrznych, wystawionych przez lekarzy spoza grupy dostawcy usług medycznych na konsultacje, badania, zabiegi i inne usługi medyczne | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 5. | Dodatkowe świadczenia z zakresu usług medycznych w Pakiecie Standard w opcji Pracownik, które nie są przypisane do tego pakietu w Ogłoszenia, bez podwyższenia wskazanej ceny za pakiet:1. dostęp do lekarza medycyny sportowej,
2. USG grupy węzłów chłonnych,
3. badanie dna oka,
4. badanie widzenia przestrzennego,
5. USG dłoni i nadgarstków,
6. konsultacja rehabilitanta (fizjoterapeuty),
7. płukanie kanalików łzowych,
8. standardowa cytologia ginekologiczna,
9. piaskowanie.
 | 1. dostęp do lekarza medycyny sportowej | TAK/NIE\*\* zaznaczyć właściwe |
| 2. USG grupy węzłów chłonnych | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 3. badanie dna oka | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 4. badanie widzenia przestrzennego | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 5. USG dłoni i nadgarstków | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 6. konsultacja rehabilitanta (fizjoterapeuty) | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 7. płukanie kanalików łzowych | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 8. standardowa cytologia ginekologiczna | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |
| 9. piaskowanie | TAK/NIE\*\*zaznaczyć właściwe |

**\*\*\* W pozycjach 1-3 tabeli należy wymienić – odpowiednio - maksymalnie 15, 12, 1 lokalizacji (tzn. dokładny adres wraz z kodem pocztowym) własnych placówek medycznych/własnego szpitala. Wymienione lokalizacje w poszczególnych pozycjach w tabeli nie mogą się powtarzać. Zadeklarowane lokalizacje będą miejscem świadczenia usług w ramach realizacji przedmiotu zamówienia,**

1. OŚWIADCZAMY, że zamówienie wykonamy w terminie wymaganym przez Zamawiającego, wskazanym w Specyfikacji Warunków Zamówienia i Projektowanymi Postanowieniami Umowy.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy ją oraz spełniamy wszystkie warunki w niej zawarte.
3. OŚWIADCZAMY, że jesteśmy związani niniejszą ofertą w terminie wskazanym w SWZ i Ogłoszeniu o zamówieniu.
4. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w Załączniku nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się - w przypadku wyboru naszej oferty - do zawarcia umowy na warunkach w nich określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. OŚWIADCZAMY, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. Wypełnimy, zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO2, obowiązki informacyjne wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskamy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego na dalszym etapie niniejszego postępowania bądź realizacji zamówienia (o ile nasza oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza w niniejszym postępowaniu).
7. Jeśli realizacja przedmiotowego zamówienia związana będzie z powierzeniem nam przetwarzania danych osobowych, będziemy przetwarzać je zgodnie z obowiązującymi przepisami przez cały czas realizacji zamówienia, w szczególności spełnimy wszystkie obowiązki nałożone na podmiot przetwarzający przez przepisy RODO. Jednocześnie gwarantujemy wysoki poziom bezpieczeństwa powierzonych nam danych, przy zastosowaniu stosownych środków technicznych i organizacyjnych, zgodnie z art. 32 RODO. Zobowiązujemy się również do współpracy z NCBR przy realizacji jej obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych, wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
8. Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:
	1. ………………………..
	2. ……………………….

…………….……., dnia …………. r.

*……………………………….*

*Imię i nazwisko*

*/podpisano elektronicznie/*

**Informacja dla Wykonawcy:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem/dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

1. 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-1)