Załącznik nr 1 do SIWZ

NZP.I-240/37/19

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** *do postępowania NZP.I-240/37/19* | | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | | | **ŚWIADCZENIE USŁUG TRANSPORTOWYCH W ZAKRESIE PRZEWOZU PACJENTÓW DIALIZOWANYCH DLA POTRZEB SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA** | |
| ***Zamawiający*** | | | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**  64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 | |
| ***Wykonawca***  ***pełna nazwa,***  ***adres,***  ***NIP***  ***REGON*** | |  | | |
| ***Nr KRS/CEIDG/inny*** | |  | | |
| ***telefon*** | |  | | |
| ***e-mail*** | |  | | |
| ***Adres do korespondencji***  ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):*** | |  | | |
|  | | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA 1 KM***  *(podlega ocenie)* | wartość netto:……………………………………..…....  słownie:………………………………………………………….…………………..……….  podatek VAT……………% tj. kwota:…………..……  wartość brutto:……………………………………..…..  słownie:……………………………………………………………………….………..……. | | | |
| ***Oferowana wartość wynagrodzenia w okresie 36 miesięcy***  *Wg wzoru:* miesięczna ilość kilometrów (tj. 32 tysiące) razy 36 miesięcy razy oferowana wartość netto za 1 kilometr  ***(podlega ocenie)*** | wartość netto:…………………………………….………………..…....  słownie:…………………………………………………………..…………………..……….  podatek VAT……………% tj. kwota:…………………………….…..……  wartość brutto:………………………………………………………..…..  słownie:……………………………………………………………………….………..……. | | | |
| ***WIEK POJAZDU***  *należy wykazać 4 pojazdy, którymi świadczona będzie usługa, nie starsze niż 3 lata*  *(podlega ocenie)* | Pojazd nr 1: **nr rejestracyjny** …….. **Data produkcji:** dzień… – miesiąc …. – rok….  Pojazd nr 2: **nr rejestracyjny** …….. **Data produkcji:** dzień… – miesiąc …. – rok….  Pojazd nr 3: **nr rejestracyjny** …….. **Data produkcji:** dzień… – miesiąc …. – rok….  Pojazd nr 4: **nr rejestracyjny** …….. **Data produkcji:** dzień… – miesiąc …. – rok…. | | | |
|  | | | | |
| ***Termin płatności*** | | | | **60dni** |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | | | | **36 miesięcy** od dnia podpisania umowy |
| **OŚWIADCZENIA:**   1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz we wzorze umowy; 2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy). 6. uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty, 7. posiadamy licencję na wykonywanie zarobkowego krajowego transportu drogowego osób**,** o której mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. 2013 r., poz. 1414, z późn. zm.). 8. proponowany przez nas przedmiot zamówienia jest zgodny z oczekiwaniami Zamawiającego – zgodny z SIWZ 9. wadium w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PLN**, zostało wniesione w dniu: ......................................., w formie: …..…….............................................................................; 10. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek:   …...………………...........................................................................................…...………; | | | | |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**   1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..;   1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..; | | | | |
| **PODWYKONAWCY:**  Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... | | | | |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)* **na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. | | | | |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw**(właściwe zaznaczyć)  **⬜** TAK **⬜** NIE | | | | |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

………………………………………………………………………………

Załącznik nr 2 do SIWZ

NZP.I-240/37/19

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych**

**w postępowaniu nr NZP.I-240/37/19 na TRANSPORT PACJENTÓW DIALIZOWANYCH**

**OŚWIADCZENIE SKŁADANE W FORMIE WYPEŁNIONEGO JEDNOLITEGO DOKUMENTU SPORZĄDZONEGO ZGODNIE ZE WZOREM STANDARDOWEGO FORMULARZA ZWANEGO DALEJ "JEDNOLITYM DOKUMENTEM LUB JEDZ" W FORMIE OPISANEJ W ROZDZIALE 6 SIWZ – (dokument do pobrania w odrębnym pliku)**

Załącznik nr 3 i 3 a do SIWZ

**PROJEKT UMOWY I PROJEKT UMOWY DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH- DOKUMENTY DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 4 do SIWZ

NZP.I-240/37/19

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art.24 ust.1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***TRANSPORT PACJENTÓW DIALIZOWANYCH***

prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica w Pile**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

**Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**

### Załącznik nr 5 do SIWZ

NZP.I-240/37/19

**Dokument potwierdzający posiadanie wiedzy i doświadczenia**

Wykaz wykonywanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzonej działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania, oraz załączenie dokumentu potwierdzającego, że usługi te zostały wykonane należycie.

**NALEŻY WYKAZAĆ CO NAJMNIEJ DWIE USŁUGI TRANSPORTU PACJENTÓW DIALIZOWANYCH O WARTOŚCI ŁĄCZNEJ MIN. 500.000,00 ZŁ BRUTTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot na rzecz którego wykonano  zamówienie. | Daty  wykonania/  wykonywania  zamówienia.  dzień/m-c/rok. | Przedmiot  zamówienia  (krótki opis ) | Wartość brutto zamówienia w zł  /min 500 000,00 zł każde/ |
| 1 |  |  |  | ............................. zł |
| 2 |  |  |  | ............................. zł |
| Itd. |  |  |  |  |

**Uwaga:** do niniejszego wykazu należy załączyć **dowody** (w rozumieniu paragraf 2 ust.4 p.2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. ) w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U.   
z 2016 r. poz. 1126 ze zm.), potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.

Zał. nr 6 do SIWZ

NZP.I-240/37/19

**WYKAZ OSÓB,**

**które będą uczestniczyć w wykonywania zamówienia**

**(min. 5 kierowców)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe, wykształcenie | Nr i data zaświadczenia o szkoleniu w zakresie pierwszej pomocy medycznej, a przypadku ratowników medycznych nr dyplomu potwierdzającego uzyskanie zawodu ratownika med. | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa do dysponowania  osobą |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| Itd. |  |  |  |  |  |

Zał. nr 7 do SIWZ NZP.I-240/37/19

**Wykaz pojazdów przeznaczonych do realizacji zamówienia**

(minimum 4 pojazdy, w tym co najmniej 2 do przewozu minimum 6 osób)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Marka/model/typ** | **Ilość miejsc dla pacjentów** | **Rok**  **produkcji** | **Data pierwszej rejestracji** | **Rodzaj paliwa** | **Informacja o podstawie dysponowania** | **Numer rejestracyjny** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Itd.** |  |  |  |  |  |  |  |

Zał. nr 8 do SIWZ NZP.I-240/37/19

**WYKAZ ADRESÓW PACJENTÓW DIALIZOWANYCH ORAZ STAŁE TERMINY ICH ZABIEGÓW DIALIZACYJNYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **pon.-śr.-pt.** |  |  | **wt.-czw.-sob.** |  |
|  | **I zmiana godz. 7:00** |  |  | **I zmiana godz. 7:00** |  |
| **\*** |  |  | **\*** |  |  |
| **\*** |  |  | **\*** |  |  |
| 1. |  | Gębice | 1. |  | Piła |
| 2. |  | Brzeźno | 2. |  | Piła |
| 3. |  | Antoniewo | 3. |  | Nowa Wieś Ujska |
| 4. |  | Czarnków | 4. |  | Piła |
| 5. |  | Huta | 5. |  | Szamocin |
| 6. |  | Brzeźno | 6. |  | Strzelce |
| 7. |  | Piła | 7. |  | Margonin |
| 8. |  | Piła | 8. |  | Ujście |
| 9. |  | Marunowo | 9. |  | Piła |
| 10. |  | Piła | 10. |  | Chodzież |
| 11. |  | Czarnków | 11. |  | Chodzież |
| 12. |  | Lubasz | 12. |  | Chodzież |
| 13. |  | Piła | 13. |  |  |
| 14. |  |  | 14. |  |  |
| 15. |  |  | 15. |  |  |
|  | **II zmiana godz. 13:00** |  |  | **II zmiana godz. 13:00** |  |
| **\*** |  |  | **\*** |  |  |
| **\*** |  |  | **\*** |  |  |
| 1. |  | Piła | 1. |  |  |
| 2. |  | Nietuszkowo | 2. |  | Piła |
| 3. |  | Piła | 3. |  | Trzcianka |
| 4. |  | Dziembowo | 4. |  | Złotów |
| 5. |  | Chodzież | 5. |  | Piła |
| 6. |  | Piła | 6. |  | Stara Wiśniewka |
| 7. |  | Trzcianka | 7. |  | Stawnica |
| 8. |  | Piła | 8. |  | Stawnica |
| 9. |  | Piła | 9. |  | Lipka |
| 10. |  | Piła | 10. |  | Złotów |
| 11. |  | Piła | 11. |  | Łąkie |
| 12. |  | Chodzież | 12. |  | Biała |
| 13. |  | Szamocin | 13. |  | Krajenka |
| 14. |  |  | 14. |  | Złotów |
| 15. |  |  | 15. |  |  |
|  | **III zmiana godz. 19:00** |  |  | **III zmiana godz. 19:00** |  |
| **\*** |  |  | **\*** |  |  |
| **\*** |  |  | **\*** |  |  |
| 1. |  | Kaczory | 1. |  | Ferdynandowo |
| 2. |  | Piła | 2. |  | Łobżenica |
| 3. |  | Brzostowo | 3. |  | Wyrzysk |
| 4. |  | Piła | 4. |  | Piła |
| 5. |  | Piła | 5. |  | Krostkowo |
| 6. |  | Piła | 6. |  | Polanowo |
| 7. |  | Piła | 7. |  | Glesno |
| 8. |  | Piła | 8. |  | Izdebki |
| 9. |  | Huta | 9. |  | Kościerzyn Mały |
| 10. |  | Szydłowo | 10. |  | Glesno |
| 11. |  | Piła | 11. |  | Nieżychowo |
| 12. |  | Tomaszewo | 12. |  | Piła |
| 13. |  | Piła | 13. |  | Nieżychowo |
| 14. |  | Płytnica | 14. |  | Wyrzysk |
| 15. |  |  | 15. |  |  |