**FORMULARZ OFERTY**

**……….…………….……………………**

 Miejscowość i data

1. **Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:**

**…………………………………………………….…………………………………………………………………**

**Zarejestrowany adres Wykonawcy z numerem kodu pocztowego:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**NIP: ……………………………………………………………. REGON: ……………………………………**

**Adres e:mail: .………………………………………………………………………………………………………**

1. Składając ofertę w postepowaniu pod nazwą:

**„Badania i konsultacje lekarskie specjalistyczne, psychologiczne oraz obserwacja szpitalna osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej na potrzeby orzekania przez Powiatową Komisję Lekarską
Nr 1 w Olsztynie o zdolności do służby wojskowej”**

Oferujemy wykonanie zamówienia na **część I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Specjalizacja** | **Cena ostateczna\*** |
| 1. | Konsultacja pulmonologiczna |  |
| **Średnia arytmetyczna cen\*\*** |  |

Zobowiązuje się w ramach realizacji poszczególnych zadań do przeprowadzenia niezbędnych badań diagnostycznych (badanie spirometryczne wraz z interpretacją wyniku, rtg) zgodnie z obowiązującym
w placówce cennikiem, **który należy dołączyć do niniejszego formularza.**

\*Wykonawca zobowiązany jest do podania w ofercie ostatecznej ceny realizacji jednego świadczenia. Ostateczna cena winna uwzględniać całkowity koszt przeprowadzenia jednostkowego badania z danej specjalności medycznej bez uwzględniania badań diagnostycznych. Cena ostateczna winna zostać podana
w PLN i zawierać wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym podatek (cena brutto).

\*\*Suma cen wszystkich specjalizacji dzielona przez liczbę specjalizacji.

Oferujemy wykonanie zamówienia na **część II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Specjalizacja** | **Cena ostateczna\*** |
| 1. | Konsultacja internistyczna |  |
| 2. | Konsultacja kardiologiczna |  |
| 3. | Konsultacja psychiatryczna |  |
| 4. | Obserwacja szpitalna (dzień pobytu) |  |
| **Średnia arytmetyczna cen\*\*** |  |

Zobowiązuje się w ramach realizacji poszczególnych zadań do przeprowadzenia niezbędnych badań diagnostycznych (badanie echo serca, badanie próba wysiłkowa, badanie Holter, EKG) zgodnie
z obowiązującym w placówce cennikiem, **który należy dołączyć do niniejszego formularza.**

\*Wykonawca zobowiązany jest do podania w ofercie ostatecznej ceny realizacji jednego świadczenia. Ostateczna cena winna uwzględniać całkowity koszt przeprowadzenia jednostkowego badania z danej specjalności medycznej bez uwzględniania badań diagnostycznych. Cena ostateczna winna zostać podana
w PLN i zawierać wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym podatek (cena brutto).

\*\*Suma cen wszystkich specjalizacji dzielona przez liczbę specjalizacji.

1. Zobowiązuję się do zrealizowania przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zaproszeniu ofertowym.
2. Zobowiązuje do zapewnienia osobom podlegającym kwalifikacji wojskowej pierwszeństwa w dostępie
do usług będących przedmiotem konkursu ofert świadczonych przez Wykonawcę oraz ewentualnych podwykonawców.
3. Zapewniam, że miejscem świadczenia usług (przez Wykonawcę oraz ewentualnych podwykonawców) jest miasto Olsztyn lub Powiat Olsztyński.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zaproszenia wraz z jej załącznikami i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, jak również, ze uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do złożenia niniejszej oferty
i wykonania zamówienia.
5. Zobowiązuje się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postepowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy
o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
7. Oświadcza, iż wypełniłem obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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 r. str. 1) wobec osób fizycznych, których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio wykorzystane zostaną podczas realizacji konkursu ofert.

Oświadczam, ze spełniam warunki określone w pkt VII Zaproszenia do składania ofert, dotyczące:

1. Posiadania co najmniej jednej placówki w granicach administracyjnych miasta Olsztyna lub na terenie powiatu olsztyńskiego województwa warmińsko-mazurskiego.

2. Dysponowania bazą lokalową gwarantującą pełen zakres usług medycznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia. Pomieszczenia przeznaczone do realizacji zamówienia muszą odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r., poz. 402), wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, spełniające warunki wymagane przy udzielaniu określonych świadczeń medycznych, zgodnych z właściwymi przepisami,
w szczególności: ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r., poz. 991
z późn. zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r., poz. 402).

3. Dysponowania sprzętem medycznym i aparaturą diagnostyczną niezbędną do wykonania pełnego zakresu usług medycznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia. Sprzęt medyczny/aparatura diagnostyczna przeznaczona do realizacji zamówienia musi odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r., poz. 402).

4. Dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. personelem lekarskim, pielęgniarskim
i innymi osobami, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodne z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.).

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Cennik badań diagnostycznych.
2. …………………………………
3. …………………………………
4. …………………………………

 …………………………..…………………

 (podpis, pieczątka Wykonawcy
 lub osoby upoważnionej)