**Załącznik nr 1** **FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY** Dane dotyczące wykonawcyNazwa: ................................................ Siedziba: ................................................ Adres poczty elektronicznej: ................................................ Strona internetowa: ................................................ Numer telefonu: ……........................................ Numer faksu: ……. ...................................... Numer REGON: ................................................Numer NIP: ................................................

Numer KRS: ................................................

**„Usługa transportu medycznego dla Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o.”**

**Numer sprawy: Sp/AZP/382/5/2022**

**zadania od 1 do 4**

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją warunków zamówienia i zawarte w niej wymagania oraz warunki zawarcia umowy przyjmuję bez zastrzeżeń, zobowiązuję się do wykonania w/w zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w SWZ i wzorze umowy.
2. Zobowiązuję się wykonać zamówienie w terminie: systematycznie w okresie 12 miesięcy od podpisania umowy

Numer sprawy: **Sp/AZP/382/5/2022** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia dla zadań od 1 do 4 za cenę wynikającą z formularza ofertowego:

**Cena oferty zad nr 1**

**Część I: transport sanitarny z opieką lekarską ”S”**

cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)

Czas dojazdu …………………………….

Termin płatności 30 dni

**Cena oferty zad nr 2**

**Część II : transport sanitarny z podstawową opieką medyczną ”P”**

cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)

Czas dojazdu …………………………….

Termin płatności 30 dni

**Cena oferty zad nr 3**

**III: transport sanitarny bez opieki medycznej ”T”**

cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)

Czas dojazdu…………………………….

Termin płatności 30 dni

**Cena oferty zad nr 4**

**Transport krwi i preparatów krwiopochodnych”**

cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)

Czas dojazdu …………………………….

Termin płatności 30 dni

***UWAGA!!!*** *Poniższe oświadczenie wypełniają jedynie wykonawcy mający siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którzy nie są zarejestrowanymi podatnikami podatku VAT na terytorium RP oraz w przypadku, gdy w wyniku świadczenia usług lub realizowanej dostawy towarów na Zamawiającym będzie ciążył obowiązek odprowadzenia podatku VAT zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.*

Oświadczam(y) że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie następujących towarów/usług:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego | wartość bez kwoty podatku od towarów i usług. |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczam, że\*\*\*:

☐ wykonam zadanie siłami własnymi

☐ przewiduję wykonanie zadania przy pomocy podwykonawcy (ów)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres zlecany Podwykonawcy** | **Nazwa Podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

1. **Oświadczam(y), że:**

* jestem(śmy) \*\*\*

🞏 mikro przedsiębiorcą,

🞏 małym przedsiębiorcą

🞏 średnim przedsiębiorcą

*(zaznaczyć, jeżeli wykonawca jest mikro-, małym lub średnim przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm)*

* załączony do specyfikacji warunków zamówienia projekt umowy - ZAŁĄCZNIK NR 3, został przeze mnie (przez nas) zaakceptowany i zobowiązuję(emy) się w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
* uważam(y) się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
* zapoznałem(liśmy) się ze specyfikacją warunków zamówienia i jej załącznikami dotyczącymi niniejszego postępowania i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem(liśmy) wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty;
* oświadczam(y), że nie uczestniczę(ymy) w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego zamówienia jako Wykonawca;
* Adres strony internetowej, pod którym możliwe jest pozyskanie informacji   
  z ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (dot. np. odpisu lub informacji z KRS, CEiDG lub innego właściwego rejestru):

………………………..………………………………………………………………

…………………dnia, …………… ………………………………………  
 imię i nazwisko oraz podpis osoby/-b

uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy

\**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).*

\*\**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).*

\*\*\* Proszę zakreślić odpowiedni kwadrat

**Załącznik nr 1A**

**Formularz cenowy**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Wykonawca samodzielnie edytuje załącznik zgodnie z wybranym zadaniem od 1 do 4 dla każdego zadanie indywidualnie

**Część I: transport sanitarny z opieką lekarską ”S”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana 12 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  Brutto w zł | Czas dojazdu |
| 1 | **Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „S**” | Za 1 godzinę  …............zł | 400 godzin |  |  |  |  |
| Za 1 kilometr  …............zł | 9000 km |  |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |  |

**Część II : transport sanitarny z podstawową opieką medyczną ”P”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana 12 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  Brutto w zł | Czas dojazdu |
| 1 | **Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „P**” | Za 1 godzinę  …............zł | 800 godzin |  |  |  |  |
| Za 1 kilometr  …............zł | 16000 km |  |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |  |

**Część III: transport sanitarny bez opieki medycznej ”T”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana 12 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  Brutto w zł miesięczne | Czas dojazdu |
| 1 | **Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „T**” | Za 1 godzinę  …............zł | 400 godzin |  |  |  |  |
| Za 1 kilometr  …............zł | 8000 km |  |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |  |

**Część IV: Transport krwi i preparatów krwiopochodnych”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana na 12 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  Brutto w zł | Czas dojazdu |
| 1 | Transport krwi i preparatów krwiopochodnych | Ryczałt 1 wyjazd 50km | 400 |  |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |  |

**Wartości w formularza cenowego należy przenieść do formularza ofertowego.**

.................................

(podpis osoby uprawnionej)

**Załącznik nr 2**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

 W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

**„Usługa transportu medycznego dla Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o.”**

**Numer sprawy: Sp/AZP/382/5/2022**

oświadczam(y), co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

1. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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 (Dz. U. z 2022 poz. 835)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |

Oświadczam(y), że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6 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/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

.......................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |

**Załącznik nr 2A**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o aktualności informacji zawartych w**

**oświadczeniu składanym na podstawie art. 125 ust. 1 (Wykonawca)**

**lub 5 (Podmiot trzeci) ustawy Pzp**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

**„Usługa transportu medycznego dla Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o.”**

oświadczam, że informacje dotyczące braku podstaw wykluczenia zawarte w oświadczeniu:

1. złożonym uprzednio na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy pzp,
2. podmiotu trzeciego złożonego na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy pzp \*

są / nie są aktualne \*.

Nieaktualne jest oświadczenie w zakresie podstawy wykluczenia wynikającej z ………………. (wskazać nieaktualną podstawę wykluczenia) w stosunku do mnie / podmiotu trzeciego \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |

***UWAGA: Poniższa treść dotyczy wyłącznie Wykonawcy!***

Oświadczam(y), że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6 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/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

.....................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |

**\* niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 4**

**WYKAZ USŁUG** Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................

**„Usługa transportu medycznego dla Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o.”**

**Numer sprawy: Sp/AZP/382/5/2022**

Wykaz wykonanych usug wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w specyfikacji warunków zamówienia ( rozdział VI pkt. 3.A) .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonywane** | **Przedmiot wykonanej usługi** | **Wartość** | **Data wykonania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* w przypadku gdy zadanie obejmowało szerszy zakres, niż określony do spełnienia warunku udziału w postępowaniu, należy wskazać wartość usług niezbędnych do spełniania warunku udziału w postępowaniu.

Do wykazu należy dołączyć dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.