**Załącznik nr 1 do SWZ**

1. **OFERTA**
2. ***„Świadczenie usług medycznych dla potrzeb KPP w Mogilnie oraz innych jednostek Policji województwa kujawsko-pomorskiego”.***

**1. DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCÓW:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1) Pełna nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/ów** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* | | | |
|  | | | |
| **2)** **Dokładny adres Wykonawcy/ów** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać dokładne adresy wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum):* | | | |
| Miasto: |  | | |
| Województwo: |  | | |
| Kod pocztowy: |  | | |
| Ulica i numer domu: |  | | |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| **3) Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania:** | | | |
| Imię: |  | | |
| Nazwisko: |  | | |
| Telefon: |  | Faks: |  |
| Adres e-mail: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4) Adres do korespondencji (*wypełnić jeśli jest inny niż adres wskazany w pkt. 2)*** | |
| Kod pocztowy, miasto |  |
| Ulica, nr domu |  |
| **5) Zgodnie z danymi określonymi w KRS/ CEIDG lub innym dokumencie rejestrowym osobą/osobami upoważnioną/ upoważnionymi do reprezentowania podmiotu jest/są** *(właściciel, członek zarządu, prokurent itp.)***:** | |
| Imię i Nazwisko: |  |
| Imię i Nazwisko: |  |
| **Aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np. KRS, CEIDG) potwierdzający, że osoba działającą w imieniu Wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych:**  **…………………………………………….………………………………………………………….**  Adres strony internetowej lub nazwa bazy danych | |
| **6) Zgodnie z załączonym do oferty pełnomocnictwem osobą uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy jest** *(jeżeli dotyczy):* | |
| Imię i Nazwisko |  |
| **7)** **Rodzaj Wykonawcy :**  Należy zaznaczyć jedną opcję ( w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wybrać opcję dotyczącą lidera) | |
| **mikroprzedsiębiorstwo (**to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników, którego roczny obrót oraz/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro)  **małe przedsiębiorstwo** (to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników, którego roczny obrót oraz/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro)  **średnie przedsiębiorstwo** (to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników, którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro)  **inny rodzaj** | |

**2. OFERUJEMY WYKONANIE ZAMÓWIENIA** **zgodnie z wymogami zawartymi w specyfikacji warunków zamówienia polegających na świadczeniu usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych dla potrzeb Komendy Powiatowej Policji w Mogilnie, w tym projektowanych postanowieniach umowy, za cenę brutto i na poniższych warunkach:**

**Dokładny adres placówki, w której wykonywane będą usługi:**

……………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***l.p.*** | ***Przedmiot*** | ***Szacunkowa ilość***  ***badań/pobrań krwi*** | ***Cena jednostkowa brutto w PLN*** | ***Wartość brutto w PLN***  ***(kol.3 x kol.4)*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| **1** | Wykonanie badania lekarskiego jednej osoby zatrzymanej spełniającej warunki wskazane w Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102 ze zm.), Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obszaru z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. 2012 , poz. 638 ze zm.), Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie z 28 grudnia 2018 r. ( Dz. U. z 2018 r. poz. 2472), art. 15 ust. 5 Ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (t.j Dz.U. z 2023r. poz. 171 ze zm.),  wydanie zaświadczenia lekarskiego wraz z uzasadnieniem o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych do przebywania osoby zatrzymanej w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym lub okręgowym ośrodku wychowawczym oraz ewentualnie konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;  wystawienie recepty na niezbędne leki oraz wskazania do ich stosowania i dawkowania;  opatrzenie ran | **300** | ………….. | ………… |
| **2** | Pobranie krwi (bez badania analitycznego) od jednej osoby zatrzymanej na zawartość we krwi alkoholu bądź innego podobnie działającego środka oraz sporządzenia protokołu pobrania krwi. | **40** | …………... | ………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena ofertowa brutto (w PLN) obliczona dla porównania ofert:**  (suma wartości brutto z poz.1 i 2) | ……………... |

**3. OŚWIADCZAMY, że :**

- przedmiot umowy objęty jest obwiązującą stawką podatku VAT;

- akceptujemy termin płatności faktury tj. 30 dni określony w projektowanych postanowieniach umowy;

- akceptujemy termin realizacji określony w SWZ;

- zapoznaliśmy się z treścią SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń;

- powierzymy wykonanie następującej części zamówienia podwykonawcom *(jeżeli dotyczy należy*

*wskazać części zamówienia i firmy podwykonawców;*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Firma (nazwa) podwykonawcy jeśli są znane*** | ***Część (zakres) zamówienia*** |
|  |  |
|  |  |

- w przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną;

- zapoznaliśmy się treścią rozdziału XVIII SWZ tj. klauzulą informacyjną;

- wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się   
o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.2)

**4.** **AKCEPTUJEMY PROJEKTOWANE POSTANOWIENIA UMOWY** *(stanowiący załącznik nr 3 do SWZ)* i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy, w terminie i miejscu wyznaczonym przez zamawiając

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).

2) 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 (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)