**Załącznik nr 2 do ogłoszenia**

**ZAMAWIAJĄCY: Miasto Zielona Góra – Izba Wytrzeźwień w Zielonej Górze ul. Racula – im. Rodła 6**

66-004 Zielona Góra , ul. Racula – im. Rodła 6,

tel. (+48) 68 321 49 00, fax (+48) 68 321 40 01

e-mail: [iw\_racula@wp.pl](mailto:iw_racula@wp.pl)

**NIP:** 929-011-30-87 **REGON:** 000595074

**godziny pracy Zamawiającego:**

od poniedziałku do piątku od 700 do 1500

**OFERTA**

**Wyrażam chęć uczestnictwa w postępowaniu zorganizowanym przez Izbę Wytrzeźwień   
w Zielonej Górze na: świadczenie usług medycznych na rzecz Izby Wytrzeźwień   
w Zielonej Górze – część IV**

CPV – 85.12.10.00-3

**1.Wykonawca:** należy podać pełną nazwę Wykonawcy składającego ofertę:

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy ............................................................

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

Zarejestrowany adres Wykonawcy:

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

NIP/PESEL ……………………………………………… , KRS/CEiDG……………………………………………………………………..

nr tel. ................................................... nr faksu.......................................................................................

adres poczty elektronicznej:...................................................... @.............................................................

REGON ..............................................

województwo ..........................................................................................................................................

**1.1.**Wyznaczamy do reprezentowania Wykonawcy w czasie trwania procedury przetargowej Panią /Pana …………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

**2.OFERUJEMY WYKONANIE ZAMÓWIENIA OBJĘTEGO PRZETARGIEM ZA CENĘ BRUTTO:**

**..................... złotych**

(słownie złotych brutto :……………………………………………………….…………………………………..):

na którą składa się:

a) wynagrodzenie netto w wysokości ………………….zł

b) i podatek od towarów i usług – należy wypełnić odpowiednie rubryki:

w wysokości ……% na podstawie art…….ust……..pkt ……….ustawy o VAT

albo

przedmiot zamówienia zwolniony jest z podatku od towarów i usług na podstawie   
 art ......ust.......pkt....... ustawy VAT lub;

jestem przedsiębiorcą korzystającym ze zwolnienia, o którym mowa w art. 113 ustawy   
o VAT

lub

jestem osobą fizyczną niewykonującą działalności gospodarczej;

lub inne ………………………………………………………………………………………………………………………………..

w tym :

- za 1 godzinę –….…..zł brutto w dni robocze tj. (696 godz. .x…..…..) = ………………….

- za 1 godzinę - ………zł. brutto w soboty i niedziele oraz święta nie wymienione w punkcie c i d tj. (0 godz. x ……..) = ………………...

- za 1 godzinę - ………zł. brutto dni w dni świąteczne wolne od pracy: **Wielkanoc (2 dni),**   
**1 listopada**, Wigilia Bożego Narodzenia **(24 grudnia),** Boże Narodzenie **(25 grudnia), 31 grudnia** tj. (0 godz. .x…..…..) = ………………….

- za 1 godzinę - ………zł. brutto dni w dni świąteczne wolne od pracy: **1, 3, 13, 20, 31 maja, 15 sierpnia, 11 listopada,** drugi dzień Bożego Narodzenia **(26 grudnia)** tj. (0 godz. .x…..…..) = ………………….

Powyższa cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia

\* - *odpowiedni skreślić*

**3.** realizację przedmiotu zamówienia przez osoby spełniające wymagania opisane w pkt …… do Instrukcji dla Wykonawców tj. praktyka zawodowa jako lekarz lub felczer (staż pracy),

wynosi……….. **lat,**

**Uwaga:**

**W przypadku nie podania w pkt 3 formularza oferty żadnej informacji, podanie wartości „0”, „-” lub „nie dotyczy” , oferta otrzyma 0 pkt w niniejszym kryterium, chyba że staż pracy będzie wynikał z innych załączonych dokumentów do oferty.**

**4**. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami zawartymi   
 w ogłoszeniu, instrukcji i umowie, i przyjmujemy je.

**5**. Dane adresowe bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych z których, Zamawiający może   
 pobierać samodzielnie w formie elektronicznej wskazane przez Wykonawcę oświadczenia   
 lub dokumenty tj; ........................................................................................................

są dostępne pod adresem: ………………….……………………………………………..………………

jeżeli Zamawiający posiada oświadczenia lub dokumenty dotyczące Wykonawcy (wskazać nr

procedury)? ……………………………………………………………………………………

**6.** Informujemy, że wybór oferty **będzie prowadzić /nie będzie prowadzić \*** do powstania   
 u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

W przypadku gdy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy wskazać nazwę ( rodzaj) towaru lub usługi , których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania tj. , ……………………………………………………………………………… oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku ……………………………………………………………………..

**6.** Nazwiska i stanowiska osób, z którymi można się kontaktować w celu uzyskania dalszych informacji, (jeżeli będą wymagane) podaję się niżej:

1. ................................................................................................................................

2. ................................................................................................................................

**7.** Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie wymaganym przez Zamawiającego dla

**- od dnia 01 lutego 2018 r. do 31 grudnia 2018 r.**

**8.** Oświadczamy, że zamówienie wykonamy przy udziale nw. **Podwykonawców**\*:

1) ……………………………………………………… (nazwa (firma) Podwykonawcy, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG),któremu powierzymy wykonanie niżej opisanego zakresu zamówienia:

* ……………………………………………………………………………………………………………………………… ;
* ……………………………………………………………………………………………………………………………… ;

2) ……………………………………………………… (nazwa (firma) Podwykonawcy, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG), któremu powierzymy wykonanie niżej opisanego zakresu zamówienia:

* ……………………………………………………………………………………………………………………………… ;
* ……………………………………………………………………………………………………………………………… ;

**9.**Integralnymi załącznikami niniejszej oferty zgodnie z wymaganiami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia są:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ……………………………………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………………………………

4. ……………………………………………………………………………………………………………………………

Ofertę sporządzono dnia ..........................

………………………………………………..

Wykonawca lub upełnomocniony przedstawiciel   
 Wykonawcy

**Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego - **świadczenie usług medycznych na rzecz Izby Wytrzeźwień w Zielonej Górze – część IV.**

**CPV –** 85.12.10.00-3

Wykonawca ..........................................................................................................................................

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

**cz. I.**

Ubiegając się o udzielenie powyższego zamówienia oświadczam/my, że spełniam/my warunki określone w ogłoszeniu o zamówieniu dotyczące:

1. kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej , o ile wynika to z odrębnych przepisów,
2. sytuacji ekonomicznej i finansowej,
3. zdolności technicznej i zawodowej.

**cz. II.**

Oświadczam/ my że brak jest podstaw do wykluczenia nas z przedmiotowego postępowania na podstawie art. 24 ust 1 ustawy Pzp.

………………………………. dnia ….......................

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

*imię, nazwisko (pieczęć) i podpis/y osób/ osoby*

*upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 4 do ogłoszenia**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego - **świadczenie usług medycznych na rzecz Izby Wytrzeźwień w Zielonej Górze – część IV.**

**CPV –** 85.12.10.00-3

Wykonawca ...................................................................................................................................

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

przedstawiam/my:

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie dysponowania osobami

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe**  **lekarza/ felczera** | **Doświadczenie**  **zawodowe**  **lekarza/**  **felczera** | **Informacja o podstawie dysponowania**  *wymienioną osobą przez Wykonawcę\** |
| 1. |  |  | ......................... | 1. **dysponuje\*** - Wykonawca winien podać podstawę dysponowania   …………………………………  lub   1. **będzie dysponował\*** - Wykonawca winien załączyć  do oferty oryginał pisemnego zobowiązania podmiotu udostępniającego |

*\* nie potrzebne skreślić*

***Oświadczenie***

Oświadczam, że ww. osoba/ osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia do realizacji niniejszego zamówienia, zgodnie z warunkami określonymi w pkt III Instrukcji.

........................ dnia .....................

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

Wykonawca lub upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy