**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

**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 II**

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. (972 godz. .x……..) = ………………….:

- za 1 godzinę - …….. zł. brutto w soboty, niedziele, pozostałe święta (648 godz. x ………)= …….…….

- za 1 godzinę –……..zł brutto w wybrane dni świąteczne –„c”- (24 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 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 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 II.**

**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 II.**

**CPV –** 85.12.10.00-3

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

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

przedstawiam/my:

 **WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, 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

…………………………………lub1. **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