**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Wykonawca:[[1]](#footnote-1)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma, siedziba i adres,*

*nr tel., nrfax, adrese-mail*

*NIP, REGON)*

**Zamawiający:**

**„Łódzka Kolej Aglomeracyjna” sp. z o.o.**

al. Piłsudskiego 12

90-051 Łódź

fax. +48 42 235 02 05

**OFERTA**

W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego sektorowego, działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*firma, siedziba i adres Wykonawcy[[2]](#footnote-2))*

**oferuję/emy wykonanie zamówienia na świadczenie usług medycznych oraz usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.**

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia i warunków jego realizacji, zamieszczonymi w SIWZ oraz z istotnymi postanowieniami umowy, stanowiącymi Załącznik nr 6 do SIWZ, wraz ze wszystkimi wyjaśnieniami i zmianami i nie wnoszę/my do nich żadnych zastrzeżeń, uznając się za związanych określonymi w nich postanowieniami.
2. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, stanowiącymi Załącznik Nr 6 do SIWZ i zobowiązuję/my się w przypadku wyboru naszej oferty, jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SIWZ oraz wskazanych istotnych postanowieniach umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego oraz do dostarczenia wypełnionej ankiety, zgodnie z systemami jakości i bezpieczeństwa Zamawiającego.
3. Oferuję/my wykonanie zamówienia zgodnie z poniższymi cenami:
   1. **Za wykonanie części I zamówienia[[3]](#footnote-3) - Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o. nie związanych bezpośrednio z ruchem kolejowym,**

cena całkowita netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

(pozycja 3 tabeli Formularza cenowego – zał. nr 2a)

słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

(pozycja 4 tabeli A Formularza cenowego – zał. nr 2a)

cena całkowita brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

(pozycja 5 tabeli A Formularza cenowego – zał. nr 2a)

* 1. **Za wykonanie części II zamówienia[[4]](#footnote-4) - Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o. nie związanych bezpośrednio z ruchem kolejowym,**

cena całkowita netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

(pozycja 7 tabeli \Formularza cenowego – zał. nr 2b)

słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

(pozycja 7 tabeli Formularza cenowego – zał. nr 2b)

cena całkowita brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

(pozycja 8 tabeli Formularza cenowego – zał. nr 2b)

1. Oświadczamy, że w ramach realizacji zamówienia **zapewnimy refundację/nie zapewnimy refundacji[[5]](#footnote-5) kosztów usług medycznych** realizowanych poza siecią oferowanych przez nas placówek, zgodnie z poniższymi wymogami:
2. refundacja dotyczy usług medycznych realizowanych w dowolnych placówkach medycznych na terenie RP,
3. refundacja dotyczy usług medycznych objętych pakietem rozszerzonym we wszystkich opcjach (PIIO1, PIIO2, PIIO3),
4. korzystanie ze świadczeń medycznych w placówkach poza siecią oferowanych przez nas placówek nie wymaga informowania nas oraz uzyskiwania naszej zgody na wykonanie świadczenia,
5. refundacja następuje na podstawie przedstawionych nam wniosków i faktur potwierdzających wykonanie usługi,
6. zwrot kosztów przez nas następować będzie nie później niż 30 dni od daty złożenia wniosku,
7. poziom refundacji poniesionych kosztów wynosi nie mniej niż   
   70 % wartości faktury wystawionej przez placówkę działającą poza siecią placówek wykonawcy

**Oferujemy refundację w kwocie brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_)/1 kwartał/1 osobę.**

1. Oferujemy realizację usług medycznych w następujących placówkach medycznych **w Łodzi** (placówka wymagana zgodnie z pkt 5.2. Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia punktowana w ramach kryterium: „dostępność placówek medycznych w Łodzi” (IPŁ))**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa placówki | Adres placówki |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczamy, że ww. placówki są ogólnodostępnymi ambulatoryjnymi placówkami medycznymi i spełniają wszystkie wymagania określone w pkt XVII.2.2.3 SIWZ (wiersz 1 tabeli).

1. Oferujemy realizację usług medycznych w następujących placówkach medycznych **na terenie następujących miejscowości** (placówki wymagane zgodnie z pkt 5.2. Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia: Łódź, Zduńska Wola, Sieradz, Kutno)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa placówki | Adres placówki |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczamy, że ww. placówki są ogólnodostępnymi ambulatoryjnymi placówkami medycznymi.

1. Oferujemy następujące **specjalizacje lekarskie dla osób powyżej 18 roku życia w pakiecie podstawowym (PIO1, PIO2, PIO3)**:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa specjalizacji lekarskiej |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Oferujemy następujące **specjalizacje lekarskie dla osób powyżej 18 roku życia w pakiecie rozszerzonym (PIIO1, PIIO2, PIIO3):**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa specjalizacji lekarskiej |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczam/y, że informacje zawarte w ofercie na stronach od \_\_\_ do \_\_\_\_ oferty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być udostępniane.
2. Oświadczam/y, że osobą uprawnioną/osobami uprawnionymi do kontaktów z Zamawiającym jest/są[[6]](#footnote-6):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Oświadczam/y, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Oświadczam/y, że nie zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonania żadnej części Zamówienia/ zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonanie części Zamówienia, szczegółowo określonych w Wykazie podwykonawstwa, stanowiącym Załącznik nr \_\_\_\_ do oferty[[7]](#footnote-7).
3. Oświadczam/y, że informacje zawarte w ofercie na stronach od \_\_\_ do \_\_\_\_ oferty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być udostępniane.
4. Oświadczam/y, że osobą uprawnioną/osobami uprawnionymi do kontaktów z Zamawiającym jest/są[[8]](#footnote-8):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jako rachunek bankowy Wykonawcy/lidera Konsorcjum\*tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[9]](#footnote-9) na potrzeby dokonywania rozliczeń finansowych z Zamawiającym wskazuję/my rachunek bankowy w banku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Ofertę niniejszą wraz z załącznikami składamy na **\_\_\_\_** kolejno ponumerowanych stronach.
3. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[10]](#footnote-10) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
4. Załącznikami do niniejszej oferty są:
   * + 1. wypełniony Formularz Cenowy
       2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………………………………………… ………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)

**Załącznik nr 2a do SIWZ**

**Wykonawca:[[11]](#footnote-11)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma, siedziba i adres,*

*nr tel., nrfax, adrese-mail*

*NIP, REGON)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ CENOWY – Część I zamówienia**  świadczenie usług z zakresu medycyny pracy | | | | | |
| **Nr poz.** | **Pakiet/opcja** | **Jedn. miary** | **Prognozowana ilość pakietów** | **Cena jedn. netto w PLN** | **Wartość netto w PLN**  **/kolumna 4 x kolumna 5/** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Medycyna Pracy | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 140 | ……………. | ……………… |
| 2. | **Cena całkowita netto w PLN** | | | | ……………… |
| 3. | **Podatek VAT …. % w PLN** | | | | ……………… |
| 4. | **Cena całkowita brutto w PLN** | | | | ……………… |

…………………………………………………… ……………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)

**Załącznik nr 2b do SIWZ**

**Wykonawca:[[12]](#footnote-12)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma, siedziba i adres,*

*nr tel., nrfax, adrese-mail*

*NIP, REGON)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ CENOWY**  świadczenie kompleksowych usług medycznych dla pracowników Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej | | | | | |
| **Nr poz.** | **Pakiet/opcja** | **Jedn. miary** | **Prognozowana ilość pakietów** | **Cena jedn. netto w PLN** | **Wartość netto w PLN**  **/kolumna 4 x kolumna 5/** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Pakiet podstawowy, opcja „Pracownik”  **(PIO1)** | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 18 | **…………….** | **…………….** |
| 2. | Pakiet podstawowy, opcja „Pracownik +1 osoba”  **(PIO2)** | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 1 | **…………….** | **…………….** |
| 3. | Pakiet podstawowy, opcja „Pracownik +rodzina”  **(PIO3)** | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 1 | **…………….** | **…………….** |
| 4. | Pakiet rozszerzony, opcja „Pracownik”  **(PIIO1)** | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 31 | **…………….** | **…………….** |
| 5. | Pakiet rozszerzony, opcja „Pracownik +1 osoba”  **(PIIO2)** | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 12 | **…………….** | **…………….** |
| 6. | Pakiet rozszerzony, opcja „Pracownik +rodzina”  **(PIIO3)** | Ryczałt za miesiąc kalendarzowy | 4 | **…………….** | **…………….** |
| 7. | **Cena całkowita netto w PLN** | | | | ……………… |
| 8. | **Podatek VAT …. % w PLN** | | | | ……………… |
| 9. | **Cena całkowita brutto w PLN** | | | | ……………… |

…………………………………………………… ……………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Oznaczenie Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

**OŚWIADCZENIE[[13]](#footnote-13)**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**świadczenie usług medycznych oraz usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.**

Oświadczam/y, spełniam/y\* warunki udziału w wyżej wymienionym postępowaniu.

…………………………………………………… ………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Oznaczenie Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

**OŚWIADCZENIE[[14]](#footnote-14)**

**o braku podstaw do wykluczenia z postępowania**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**świadczenie usług medycznych oraz usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.**

Oświadczam/y, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 19 ust. 1 Regulaminu ŁKA.

…………………………………………………… ………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**Załącznik nr 5 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Oznaczenie Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

**WYKAZ PODWYKONAWSTWA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**świadczenie usług medycznych oraz usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.**

oświadczam/y, że wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis części zamówienia przeznaczonych do podwykonania** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

…………………………………………………… ………………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)

1. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców, ze wskazaniem pełnomocnika [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku, gdy Wykonawca składa ofertę na I część zamówienia należy uzupełnić wszystkie pozycje. W przypadku, gdy Wykonawca nie składa oferty na I część zamówienia, puste pozycje należy wykreskować lub wpisać w każdej pozycji: „nie dotyczy”. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku, gdy Wykonawca składa ofertę na I część zamówienia należy uzupełnić wszystkie pozycje. W przypadku, gdy Wykonawca nie składa oferty na I część zamówienia, puste pozycje należy wykreskować lub wpisać w każdej pozycji: „nie dotyczy”. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. Niewłaściwe skreślić. Oświadczenie o zamiarze powierzenia podwykonawcom wykonania części zamówienia będzie skuteczne wyłącznie w przypadku jednoczesnego załączenia wykazu podwykonawstwa. [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-8)
9. \* niewłaściwe skreślić

   Wskazać lidera Konsorcjum [↑](#footnote-ref-9)
10. 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). [↑](#footnote-ref-10)
11. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców, ze wskazaniem pełnomocnika [↑](#footnote-ref-11)
12. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców, ze wskazaniem pełnomocnika [↑](#footnote-ref-12)
13. W przypadku wykonawców występujących wspólnie oświadczenie należy złożyć w imieniu wszystkich wykonawców [↑](#footnote-ref-13)
14. W przypadku wykonawców występujących wspólnie oświadczenie składa każdy Wykonawca oddzielnie [↑](#footnote-ref-14)