Miejscowość i data …………………

**FORMULARZ OFERTY**

**W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe 2/KZ/2017**

*w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności na:*

realizatora badań medycyny pracy dopuszczających uczestników projektu **„***Kształcenie zawodowe dla potrzeb branż kluczowych i inteligentnych specjalizacji Pomorza zachodniego – wsparcie placówek kształcenia zawodowego WZDZ w Szczecinie oraz dorosłych mieszkańców i mieszkanek województwa zachodniopomorskiego”*
*RPZP.08.06.00-32-K034/17*do udziału w szkoleniu kierowca wózków jezdniowych/spawanie.

*Wspólny Słownik Zamówień (CPV):*

85121000-3 (usługi medyczne)

85121200-5 (specjalistyczne usługi medyczne)

przedstawiam ofertę na następujących warunkach:

1. **DANE OFERENTA**

|  |
| --- |
| **DANE OFERETNA** |
| Nazwa osoby/podmiotu:  | Adres:  |
| Telefon:  | E-mail:  |
| NIP:  | Reprezentant: (osoba uprawniona do podpisania umowy) |
| REGON: |

|  |
| --- |
| **Proszę wskazać obszar realizacji zajęć, którego dotyczy oferta** |
| Szczecin  | □ TAK □ NIE   Zadanie 2 - tak/~~nie~~ |
| Stargard | □ TAK □ NIE   Zadanie 2 - ~~tak~~/nie |
| Świnoujście | □ TAK □ NIE   Zadanie 2 - tak/~~nie~~ |
| Trzebiatów  | □ TAK □ NIE   Zadanie 2 - tak/~~nie~~ |

Badania będą realizowane w okresie: grudzień 2017-grudzień 2019.

O ostatecznym wyborze terminów decyduje Zamawiający.

1. **OFERTA CENOWA**

**Oferuję wykonanie zamówienia za:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres usługi | Cena jednostkowa brutto |
| Badania lekarza medycyny pracy oraz badania psychologiczne dopuszczające uczestników do udziału w szkolenia „Kierowca operator wózków jezdniowych podnośnikowych z bezpieczną wymianą butli”  |  |
| Badania lekarza medycyny pracy dopuszczające uczestników do udziału w szkolenia „Spawanie blach i rur spoinami pachwinowymi lub czołowymi w różnych metodach” |  |

Cena wskazana powyżej uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją usługi.

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Podpisując niniejszą ofertę oświadczam jednocześnie, iż:
3. W pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie wymienione warunki udziału w postępowaniu;
4. Zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
5. Realizacja usług będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.
6. Oświadczam, że spełniamy wszystkie wymagania prawne niezbędne do prowadzenia działalności będącej przedmiotem zamówienia.
7. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty jestem wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dni 15.04.2011 o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2016 r poz 1638), **numer wpisu………….………….**
8. Oświadczam, że dysponujemy odpowiednim potencjałem organizacyjno-technicznym, tzn. posiadamy bazę lokalowa gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem zamówienia zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urzadzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z 26.06.2012 (Dz.U. z 2015 r poz 457) oraz posiadamy sprzęt medyczny niezbędny do wykonania należytego usług będących przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam że osoby wykonujące zadania z zakresu służby medycyny pracy spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30.05.1996.
10. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.
11. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w protokole wyboru).
13. Świadom odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie i załącznikach są zgodne z prawdą.
14. Składając ofertę w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności oświadczam, że **brak jest podstaw do wykluczenia z postępowania, tj. nie zachodzi konflikt interesów poprzez występowanie powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym, tj. Wojewódzkim Zakładem Doskonalenia Zawodowego**

Przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w mieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu udziałów lub co najmniej 10% akcji;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze wykonawcy, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 Miejscowość i data ………………… ……………………………………………………

##### Podpis Wykonawcy