

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Fizyki Polskiej Akademii Nauk  
Al. Lotników 32/46  
02-668 Warszawa  
NIP: PL5250009275

**WYKONAWCA:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....  
.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

## FORMULARZ OFERTY

Składamy ofertę w postępowaniu prowadzonym na podstawie art. 138 o ust. 2-4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.), którego przedmiotem jest **Świadczenie usług medycznych dla pracowników, doktorantów IF PAN i członków rodzin pracowników[ZP/27/IFPAN/2020/GK]:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Istotnymi Warunkami Zamówienia, Opiszem Przedmiotu Zamówienia w niej wskazanym i uznajemy się za związanych określonymi w niej wymaganiami i zasadami.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w Istotnych Warunkach Zamówienia.
3. Oświadczamy, że posiadamy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i zrealizowania przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczamy, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem i realizacją zamówienia określone w IWZ.
5. Wykonawca **jest / nie jest\*** mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*(\*niepotrzebne skreślić)*

*Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36):*

- 1) *Mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*
- 2) *Małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*
- 3) *Średnie przedsiębiorstwa to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

6. Informujemy, że wybór naszej oferty **będzie / nie będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług

L.p.	Nazwa towaru/usługi	Wartość towaru/usługi netto (bez podatku VAT)

(\*niepotrzebne skreślić, a wymagane pola – jeśli dotyczy - uzupełnić )

7. Oświadczamy, że zamówienie zamierzamy wykonać sami / Następujące części zamówienia zamierzamy zlecić podwykonawcom\*:

Część przedmiotu zamówienia powierzana do wykonania podwykonawcy	Nazwa podwykonawcy	Określenie części zamówienia powierzanej do wykonania podwykonawcom (% lub w zł)

(\*niepotrzebne skreślić, a wymagane pola - jeśli dotyczy - uzupełnić )

8. Oświadczamy, że w celu potwierdzenia spełniania warunków, o których mowa w Rozdziale IV ust. 1 pkt. 2 lit. a) IWZ, **nie polegamy / polegamy\*** na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów, których nazwy (firmy) podajemy:

.....  
 .....

(\*niepotrzebne skreślić, a jeśli dotyczy – uzupełnić zapis)

9. Oświadczamy, że termin płatności należności za fakturę określamy na 30 (słownie: trzydzieści) dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury przez Zamawiającego.
10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy, stanowiącym **Załącznik nr 4** do IWZ i nie wnosimy do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty, podpiszemy umowę na warunkach w nim zawartych.
11. Oświadczamy, że oferta zawiera na stronach ..... / nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ustawy z dnia 16 kwietnia 2003 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. 2019 r., poz. 1649 ze zm.).
12. Oświadczamy, że następujące dokumenty są dostępne na stronach internetowych w ogólnodostępnych i bezpłatnych bazach danych:

Nazwa dokumentu	Adres strony internetowej

13. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem, w tym informacje o wyniku postępowania oraz inne informacje związane z prowadzonym postępowaniem należy kierować do:

Imię i nazwisko: .....

Adres do korespondencji:

.....

.....

Nr faxu: .....

Adres e-mail: .....

14. Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w IWZ na następujących warunkach:

a) Cena Pakietu Medycyny Pracy oraz Pakietu Pracowniczego Podstawowego dla pracownika w wariantach podstawowym finansowanych przez IFPAN.

	Nazwa pakietu usług	Proponowana cena brutto za 1 pracownika w PLN (1 m-c)	Liczba pracowników (szacowana)	Cena brutto (C x D)
A	B	C	D	E
1	Pakiet Medycyny Pracy	..... PLN	512	..... PLN
2	Pakiet Pracowniczy Podstawowy	..... PLN	512	..... PLN
3	SUMA (E)			..... PLN

Całkowita cena oferty dotycząca sumy Pakietów Medycyny Pracy oraz Pakietów Pracowniczych Podstawowych według założeń zawartych w Opisie Przedmiotu Zamówienia (Cena brutto E x 36 miesięcy):

..... zł netto

Słownie: ..... złotych ..... groszy

b) Cena Pakietów Usług Medycznych finansowanych przez pracowników (kwota potrącana z wynagrodzenia),

Lp.	Nazwa pakietu usług	Prognozowana miesięczna liczba Pakietów	Prognozowana liczba Pakietów w całym okresie obowiązywania Umowy (C x 36)	Cena brutto za 1 pakiet w PLN (1 m-c)	Cena brutto za pakiety w PLN przez cały czas trwania umowy (D x E)
A	B	C	D	E	F
1	<b>Pakiet Pracowniczy Rozszerzony</b> (pracownik) b/o wieku	30			

2	<b>Pakiet Pracowniczy Rozszerzony Plus</b> (pracownik) b/o wieku	80			
3	<b>Pakiet Partnerski Podstawowy</b> do 67 roku życia małżonek albo partner Pracownika albo dziecko własne lub przysposobione Pracownika do 25 roku życia (a w przypadku dziecka z orzeczeniem niepełnosprawności - bez ograniczeń wiekowych)	60			
4	<b>Pakiet Partnerski Rozszerzony</b> do 67 roku życia małżonek albo partner Pracownika albo dziecko własne lub przysposobione Pracownika do 25 roku życia (a w przypadku dziecka z orzeczeniem niepełnosprawności - bez ograniczeń wiekowych)	15			
5	<b>Pakiet Partnerski Rozszerzony Plus</b> do 67 roku życia małżonek albo partner Pracownika albo dziecko własne lub przysposobione Pracownika do 25 roku życia (a w przypadku dziecka z orzeczeniem niepełnosprawności - bez ograniczeń wiekowych)	30			
6	<b>Pakiet Rodzinny Podstawowy</b> członkowie rodziny Pracownika tj. (małżonek, partner do 67 roku życia, dzieci własne lub przysposobione Pracownika do ukończenia 25 roku życia, a w przypadku dziecka z orzeczeniem niepełnosprawności - bez ograniczeń wiekowych)	50			
7	<b>Pakiet Rodzinny Rozszerzony</b> członkowie rodziny Pracownika tj. (małżonek, partner do 67 roku życia, dzieci własne)	30			

	lub przysposobione Pracownika do ukończenia 25 roku życia, a w przypadku dziecka z orzeczeniem niepełnosprawności - bez ograniczeń wiekowych)				
8	<b>Pakiet Rodzinny Rozszerzony Plus</b> członkowie rodziny Pracownika tj. (małżonek, partner do 67 roku życia, dzieci własne lub przysposobione Pracownika do ukończenia 25 roku życia, a w przypadku dziecka z orzeczeniem niepełnosprawności - bez ograniczeń wiekowych)	30			
9	<b>Pakiet Senior Podstawowy</b> (po 67 roku życia Partner, rodzice, teściowa, teść Pracownika)	30			
10	<b>Pakiet Junior 25+ Podstawowy</b> Dziecko Pracownika własne, przysposobione od 25 do 30 roku życia	30			
SUMA (F)					

Uwaga! Liczba pakietów, określona w kolumnach C i D, jest liczbą szacunkową i została przyjęta dla celów porównania ofert oraz określenia maksymalnej ceny Umowy. Faktyczna liczba zamawianych Pakietów medycznych zależy będzie od bieżących potrzeb Zamawiającego.

Wykonawcy nie przysługuje wobec Zamawiającego roszczenie o zakup Pakietów w liczbach, wskazanych w kolumnach C i D.

Całkowita cena oferty dotycząca pakietów usług medycznych finansowanych przez pracowników według założeń zawartych w Opisie Przedmiotu Zamówienia

(Cena brutto – suma F):

..... zł netto

Słownie: ..... złotych ..... groszy

c) Oświadczam, że zapewniam świadczenie Usług objętych zamówieniem w placówkach wskazanych w „Wykazie placówek”, w tym

- a. liczba Placówek Medycznych dostępnych dla osób Uprawnionych, na terenie całego kraju wynosi.....
- b. liczba Placówek Medycznych świadczących Usługi Medycyny Pracy na terenie m.st. Warszawy wynosi.....
- c. liczba Placówek Medycznych świadczących Usługi Medycyny Pracy terenie obszaru administracyjnego dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy wynosi.....

15. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 Rozporządzenia 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 r., str. 1. – dalej „RODO”<sup>1</sup>
16. Do oferty załączamy niżej wymienione oświadczenia, pełnomocnictwa, dokumenty i załączniki:  
Wykaz placówek, który będzie stanowił **Załącznik nr 3** do umowy ze wskazaniem placówek świadczących usługi Medycyny Pracy

Ofertę składamy na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

....., dnia ..... r.

.....  
(podpis)

---

<sup>1</sup> 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, niniejsze oświadczenie należy wykreślić