

Nr wew. postępowania 19/25

Zamawiający:  
Komenda Wojewódzka Policji  
z siedzibą w Radomiu  
ul. 11 Listopada 37/59  
26 – 600 Radom

## FORMULARZ OFERTY

**Zadanie nr 11** – świadczenia medyczne z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej i szczepień ochronnych dla policjantów i pracowników pełniących służbę/wykonujących pracę na terenie działania **KPP w Płońsku**

**Ja/my\* niżej podpisani:**

|  |
|--|
|  |
|--|

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**działając w imieniu i na rzecz:**

|  |
|--|
|  |
|--|

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Adres:</b>                                                              |  |
| <b>Miejscowość:</b>                                                        |  |
| <b>Kraj:</b>                                                               |  |
| <b>Województwo:</b>                                                        |  |
| <b>REGON:</b>                                                              |  |
| <b>NIP:</b>                                                                |  |
| <b>Telefon:</b>                                                            |  |
| <b>Adres e-mail:</b><br>(na który Zamawiający ma przysyłać korespondencję) |  |

**Wykonawca jest:**

- mikro przedsiębiorcą - TAK/NIE\*
- małym przedsiębiorcą - TAK/NIE\*
- średnim przedsiębiorcą - TAK/NIE\*
- prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą - TAK/NIE\*
- osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej - TAK/NIE\*
- inny rodzaj- TAK/NIE\*

\* (niepotrzebne skreślić)

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym na etapie trwania postępowania

|                 |  |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon         |  |
| Adres e-mail    |  |

Osoba wyznaczona do współdziałania przy wykonywaniu umowy:

|                 |  |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon         |  |
| Adres e-mail    |  |

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| Nr konta Wykonawcy                                       |  |
| Nazwa banku, w którym Wykonawca posiada rachunek bankowy |  |

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na: [Świadczenia medyczne z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej w Policji i szczepień ochronnych](#)

[Numer wewnętrzny postępowania: 19/25](#)

I. SKŁADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Kryterium I– Cena „C” - waga 60%:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Łączna cena oferty netto w zł</b>  |  |
| <b>Łączna cena oferty brutto w zł</b> |  |
| <b>Kwota podatku VAT w zł</b>         |  |
| <b>Stawka podatku VAT w %</b>         |  |

-cena wynika z kalkulacji z poniższej tabeli

### Wykaz cennik rodzajowo ilościowy - zadanie nr 11

| Wykaz cennik rodzajowo ilościowy |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                              |                                  |                                   |                                    |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Lp.                              | Rodzaj badania/usługi lekarskiego/ej                                                                                                                                                                                                                                                  | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa brutto w zł | Liczba zaplanowanych badań/usług | Cena netto w zł (kol. 3 × kol. 5) | Cena brutto w zł (kol. 4 × kol. 5) |
| kol.1                            | kol. 2                                                                                                                                                                                                                                                                                | kol. 3                      | kol. 4                       | kol. 5                           | kol. 6                            | kol. 7                             |
| 1                                | badanie okresowe policjanta do 40 roku życia służba kryminalna, śledcza, spraw wewnętrznych, prewencyjna, zwalczania cyberprzestępczości oraz policji sądowej (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia      |                             |                              | 57                               |                                   |                                    |
| 2                                | badanie okresowe policjanta powyżej 40 roku życia służba kryminalna, śledcza, spraw wewnętrznych, prewencyjna, zwalczania cyberprzestępczości oraz policji sądowej (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia |                             |                              | 65                               |                                   |                                    |
| 3                                | badanie okresowe policjanta do 40 roku życia służba wspomagająca (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia                                                                                                   |                             |                              | 1                                |                                   |                                    |
| 4                                | badanie okresowe policjanta powyżej 40 roku życia służba wspomagająca (zakres badań zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia MSWiA z dnia 9 stycznia 2017 r.) z wydaniem orzeczenia                                                                                              |                             |                              | 1                                |                                   |                                    |
| 5                                | badanie kontrolne pracownika Policji z wydaniem orzeczenia                                                                                                                                                                                                                            |                             |                              | 9                                |                                   |                                    |
| 6                                | badanie kontrolne policjanta z wydaniem orzeczenia                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                              | 24                               |                                   |                                    |
| 7                                | badanie wstępne/okresowe pracownika Policji z wydaniem orzeczenia                                                                                                                                                                                                                     |                             |                              | 24                               |                                   |                                    |
| 8                                | <b>badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia</b>                                                                                                                                                                                                  |                             |                              | 11                               |                                   |                                    |
| 9                                | badanie lekarskie kierowcy z wydaniem orzeczenia*                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                              | 55                               |                                   |                                    |
| 10                               | badanie osoby kierującej statkiem żeglugi śródlądowej z wydaniem orzeczenia                                                                                                                                                                                                           |                             |                              | 1                                |                                   |                                    |
| 11                               | badanie lekarskie po i przed powrotem do kraju po zakończeniu służby/przed służbą w kontyngencie policyjnym z wydaniem orzeczenia                                                                                                                                                     |                             |                              | 1                                |                                   |                                    |
| 12                               | WZW typu B (cena za jedną dawkę szczepienia, badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja)                                                                                                                                                                                        |                             |                              | 25                               |                                   |                                    |
| 13                               | Tężec (cena za jedną dawkę szczepienia, badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja)                                                                                                                                                                                             |                             |                              | 25                               |                                   |                                    |
| 14                               | Kleszczowe zapalenie opon mózgowych (cena za jedną dawkę szczepienia, badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja)                                                                                                                                                               |                             |                              | 25                               |                                   |                                    |
| 15                               | uczestniczenie lekarza medycyny pracy (sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną), w komisji bhp oraz komisjach określonych odrębnymi przepisami, wymagających udziału lekarza profilaktyka (cena za jedno spotkanie)                                                              |                             |                              | 3                                |                                   |                                    |
|                                  | łącznie wartość                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                              |                                  |                                   |                                    |

\*cena brutto za jedno badanie lekarskie kierowcy z wydaniem orzeczenia. Opłata dotyczy pełnego zakresu badań diagnostycznych, konsultacji lekarzy specjalistów lub psychologa (z wyłączeniem badań psychologicznych kierowców).

**Kryterium II–Dysponowanie osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia) (G)– waga 20%**

Oświadczam, że:

- ☐ dysponuję lub będę dysponował osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia)\*
- ☐ nie dysponuję lub nie będę dysponował osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia)\*

\* właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że nie dysponuje lub nie będzie dysponował osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia), a oferta otrzyma w kryterium II - 0 punktów.

**Kryterium III - Obsługiwanie policjantów i pracowników Policji przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością (S) – waga 20%**

Oświadczam, że:

- ☐ policjanci/pracownicy Policji będą obsługiwani przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością\*
- ☐ policjanci/pracownicy Policji nie będą obsługiwani przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością\*

\* właściwe zakreślić

W przypadku braku zakreślenia wykonawca oświadcza, że policjanci/pracownicy Policji nie będą obsługiwani przez lekarza medycy pracy i lekarzy specjalistów poza kolejnością i oferta otrzyma w kryterium III - 0 punktów.

**Zaznaczone odpowiedzi muszą być tożsame z informacjami zaznaczonymi w Oświadczeniu (dot. kryteriów wyboru nr 2 i nr 3)– Załącznik nr 6 do SWZ.**

**Oświadczam że:**

- **ODLEGŁOŚĆ** od miejsca świadczenia usługi do jednostki wskazanej w Formularzu ofertowym, wynosi ..... km (najkrótsza, liczona w km z proponowanych tras obliczana za pomocą strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps), „wyznacz trasę samochodową”).  
Odległość od miejsca świadczenia usługi do jednostki wskazanej w Formularzu ofertowym, nie może być większa niż **40km** (najkrótsza, liczona w km z proponowanych tras obliczana za pomocą strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps), „wyznacz trasę samochodową”).

**Uwaga:** Weryfikacji odległości obrazującej wyliczenie najkrótszej trasy od siedziby jednostki do miejsca świadczenia usługi **Zamawiający dokona samodzielnie** na podstawie wydruków ze **strony internetowej [www.google.pl/maps](http://www.google.pl/maps)**, „wyznacz trasę samochodową”. W przypadku przekroczenia

wyżej wskazanej odległości, oferta Wykonawcy będzie podlegała odrzuceniu jako niezgodna z warunkami zamówienia.

W przypadku braku wypełnienia oświadczam, że zaoferowałem odległości zgodne ze stroną [www.google.com/maps/](http://www.google.com/maps/).

– **PLACÓWKA** w której będą świadczone usługi zlokalizowana jest w:

.....  
(należy podać nazwę i dokładny adres placówki)

W przypadku nie wpisania w ofercie adresu placówki gdzie świadczona będzie usługa oferta wykonawcy zostanie odrzucona jako niezgodna z warunkami zamówienia.

**II. Informujemy, że wskazane poniżej dokumenty lub oświadczenia dostępne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnymi i bezpłatnymi baz danych: (wypełnić jeśli dotyczy)**

| Nazwa dokumentu lub oświadczenia | Adres internetowy bazy danych, gdzie dostępny jest dokument lub oświadczenie |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                              |

**Inne informacje:**

.....  
.....

**III. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:**

(wypełnić jeśli dotyczy)

| Część zamówienia powierzona podwykonawcy | Nazwa firmy podwykonawcy o ile jest znana na etapie składania ofert |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                          |                                                                     |
|                                          |                                                                     |

W przypadku braku wypełnienia tabeli dotyczącej podwykonawców, Zamawiający uzna, że przedmiot zamówienia Wykonawca zrealizuje samodzielnie.

- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia określonego w **Rozdziale X pkt 1 SWZ**.
- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy określonymi w Załączniku nr **1.2** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**,

w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.

5. **OŚWIADCZAM**, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
6. **Składamy ofertę na .....stronach**
7. **Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:**

|   |  |
|---|--|
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

**Informacja dla Wykonawcy:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwifikowanym podpisem elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym i przekazany zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę

\*niepotrzebne skreślić

\*\*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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie)