Załącznik nr 1
do ogłoszenia o zamówieniu

.....

pieczęć Wykonawcy lub Wykonawców

ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

nr tel./faxu .....

REGON .....

NIP.....

http://.....

e-mail.....

O F E R T A

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu na:

Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

Składam (y) niniejszą ofertę:
Wydawanie orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień:

Wartość brutto **za 1 wydane orzeczenie:** ..... zł (słownie: …….), łącznie brutto **za 3 300 wydanych orzeczeń**: …….. zł (słownie: ……..…..….).

....., dn. ....
/miejscowość/ /data/ */podpis(y) osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/*

Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia (wydawanie orzeczeń) będę wykonywał w następujące dni tygodnia:
…….,,,,
…….…*(*wskazać nazwy deklarowanych dni tygodnia: poniedziałek/wtorek/środa/czwartek/piątek)*

....., dn. ....
/miejscowość/ /data/ */podpis(y) osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/*

Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:

1) Zapoznałem(liśmy) się z treścią Ogłoszenia o zamówieniu,.
2) Gwarantuję(my) wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: Ogłoszenia, wyjaśnień do Ogłoszenia oraz jego modyfikacji, w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia.
3) Oferuję/my realizację zamówienia w terminie od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.
4) W przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego.

....., dn. ....

/miejscowość/ /data/ */podpis(y) osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/*

Oświadczam(y), że:.

Wypełniam(y) obowiązki informacyjne przewidziane art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, których dane osobowe zostały bezpośrednio lub pośrednio pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. W przypadku zmiany ww. osób po udzielenia mi(nam) zamówienia oświadczam, że wypełnię(my) wobec nowych osób fizycznych obowiązki, o których mowa w zdaniu pierwszym niniejszego oświadczenia.

....., dn. ....

/miejscowość/ /data/ */podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/*

Załącznik nr 2
do ogłoszenia o zamówieniu

.....

Pieczęć adresowa Wykonawcy

Formularz cenowy

Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

Nazwa pozycji cenowej	**Wartość netto**
Wydawanie **3 300** orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. **(w tym przez psychiatrów w ramach:* *- prowadzonej działalności gospodarczej,* *- umów zlecenia z osobami fizycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej).*	
Łącznie netto	
Wartość VAT	
Łącznie brutto	

***UWAGA:**
Wykonawca jest obowiązany skalkulować wskazane kwoty netto (wartość i suma netto) z uwzględnieniem statusu osób fizycznych wskazanych w Wykazie osób, jeżeli za ich pomocą zamierza realizować zamówienie.

....., dn. .....
/miejscowość/ */data/*

.....
/podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

Załącznik nr 3
do ogłoszenia o zamówieniu

……
Pieczęć adresowa Wykonawcy

Osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia na:

Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów
dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień
na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

Wykaz osób, którymi dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia a także zakresu wykonywanych przez nie czynności.

Wymagane jest wykazanie osób posiadających prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz specjalizację minimum I stopnia w specjalności lekarz psychiatra, w tym co najmniej jedną osobę z ukończonym z wynikiem pozytywnym szkoleniem organizowanym przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej lub przez Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności uprawniające do orzekania o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności potwierdzonym aktualnym zaświadczeniem, o którym mowa w § 23 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności.

1)
Wypełnić gdy Wykonawca dysponuje lub będzie dysponował innymi osobami, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia

Lp.	Imię i nazwisko lub Firma	Uprawnienia/licencja/kwalifikacje zawodowe/wykształcenie/zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie do dysponowania osobą

2)
Oświadczam, że ww. osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia, tj. prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz specjalizację minimum I stopnia w specjalności lekarz psychiatra, ponadto ……. (imię i nazwisko) posiada/ją aktualne zaświadczenie, o którym mowa w § 23 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności.

....., dn. .....
/miejscowość/ */data/*

.....
/podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/

3)
Oświadczam, że posiadam wymagane uprawnienia, tj. prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz specjalizację minimum I stopnia w specjalności lekarz psychiatra, ponadto posiadam aktualne zaświadczenie, o którym mowa w § 23 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności.

....., dn. .....
/miejscowość/ */data/*

.....
/podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/

Załącznik nr 4
do ogłoszenia o zamówieniu

OŚWIADCZENIE
Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na

Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

1. ZAMAWIAJĄCY:
Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie
siedziba Zamawiającego: ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa

2. WYKONAWCA:
Niniejsza oferta zostaje złożona przez: Nazwa(y) Wykonawcy(ów) Adres(y) Wykonawcy(ów)
……
……
……
……
……
……

Oświadczam, że :
Spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu o udzielenie wymienionego wyżej zamówienia publicznego, tj.:
1) posiadam(y) uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej niezbędnej do prawidłowej realizacji zamówienia,
2) posiadam(y) niezbędną do realizacji zamówienia wiedzę i doświadczenie,
3) dysponuję(emy) odpowiednimi do prawidłowej realizacji zamówienia zdolnościami technicznymi lub zawodowymi.

_____
data, imię i nazwisko
podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy
pieczęć firmowa Wykonawcy

Załącznik nr 5
do ogłoszenia o zamówieniu

OŚWIADCZENIE
o braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania o udzielenie zamówienia na

Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

1. ZAMAWIAJĄCY:
Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie
siedziba Zamawiającego: ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa

2. WYKONAWCA:
Niniejsza oferta zostaje złożona przez: Nazwa(y) Wykonawcy(ów) Adres(y) Wykonawcy(ów)
……
……
……
……
……
……

Oświadczam/y, że :
1) nie występują wobec mnie okoliczności wskazane w 24 ust. 1 pkt 13-22 ustawy Pzp, które skutkowałyby wykluczeniem z postępowania,
2) wobec wskazanych w Załączniku nr 3 do ogłoszenia podmiotu/-ów na których zasoby powołuję się w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu nie występują okoliczności wskazane w art. 24 ust. 1 pkt 13-22 ustawy Pzp,
3) wobec wskazanych w Załączniku nr 6 do ogłoszenia podwykonawców na których zasobach nie polegam w celu wykazania spełnienia warunków udziału w niniejszym postępowaniu nie występują okoliczności wskazane w art. 24 ust. 1 pkt 13-22 ustawy Pzp.[1]

W przypadku Wykonawców występujących wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) – oświadczenie składa każdy ze wspólników osobno.

_____
data, imię i nazwisko
podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy
pieczęć firmowa Wykonawcy

[1] *w przypadku nie korzystania z usług podwykonawców prosimy o wykreślenie tego punktu*

Załącznik nr 6
do ogłoszenia o zamówieniu

…….…….
Pieczęć adresowa Wykonawcy

Informacja o zakresie prac, których wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom w postępowaniu na:
Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

Ja, (imię i nazwisko) ....., działając w imieniu Wykonawcy ....., oświadczam, że :
- Wykonawca zamówienie będzie wykonywał z podwykonawcą.

Następujące części zamówienia Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:

Lp.	**Część (zakres) zamówienia**	**Uwagi**

UWAGA:
- w przypadku nie korzystania z usług podwykonawców prosimy <u>o nie załączanie</u> druku do oferty.

....., dn. .....
/miejscowość/ /data/

.....
/podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo/

Załącznik nr 8
do ogłoszenia o zamówieniu

ZOBOWIĄZANIE INNYCH PODMIOTÓW
w postępowaniu o udzielenie zamówienia na
Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

Nazwa Podmiotu:

……

Adres:
……
……

1. Niniejszym zobowiązuję się do oddania i realizacji ww. usługi w zakresie:

Zdolności zawodowej - dla potwierdzenia warunku z rozdziału IX.4 ogłoszenia o zamówieniu.

2. Zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu:

……
3. Sposób wykorzystywania zasobów innego podmiotu przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia:

……
4. Charakter stosunku jaki będzie łączył Wykonawcę z innymi podmiotami:

……

5. Zakres i okres udziału innego podmiotu przy Wykonywaniu zamówienia:

……..
……
……
wobec:
……..……
(nazwa i adres Wykonawcy, na rzecz którego zaciągane jest zobowiązane)

Oświadczam, iż jako podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów odpowiadam solidarnie z Wykonawcą za szkodę Zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponoszę winy.

....., dn. ....
/miejscowość/ /data/ /czytelny podpis albo podpis i pieczątka innego podmiotu/osoby/osób uprawnionej do występowania w imieniu innego podmiotu/

UWAGA:
- w przypadku nie korzystania z zasobów innych podmiotów prosimy <u>o nie załączanie</u> druku do oferty.

Załącznik nr 10
do ogłoszenia o zamówieniu

INFORMACJA
o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej

w zamówieniu na
Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

1. ZAMAWIAJĄCY:
Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie
siedziba Zamawiającego: ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa

2. WYKONAWCA:
Niniejsza oferta zostaje złożona przez: Nazwa(y) Wykonawcy(ów) Adres(y) Wykonawcy(ów)
……
……
……
……
……
……

Oświadczam, że należę/nie należę* do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2018 r. poz. 798, z późn. zm.) z innymi wykonawcami wskazanymi w informacji zamieszczonej przez Zamawiającego na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy Pzp na stronie internetowej, którzy w terminie złożyli oferty w powyższym postępowaniu.

UWAGA ! W przypadku, gdy Wykonawca/Wykonawcy należy/należą do grupy kapitałowej, zamiast niniejszej informacji do oferty dołącza się listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.

W przypadku składania oferty przez Wykonawców występujących wspólnie, wyżej wymieniona informacja lub lista musi być złożona przez każdego Wykonawcę.

……, dn.……..

……
podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

Uwaga
niepotrzebne skreślić *

Załącznik nr 11
do ogłoszenia o zamówieniu

Zobowiązanie
do odbycia szkolenia i ukończenia z wynikiem pozytywnym

w zamówieniu na
Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich przez lekarzy orzeczników – psychiatrów dla osób składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień na obszarze działania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie w celu wydania orzeczenia

Ja …… oświadczam, że zobowiązuję się odbyć szkolenie organizowane przez Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności uprawniające mnie do orzekania o niepełnosprawności bądź o stopniu niepełnosprawności, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności, w pierwszym wyznaczonym terminie oraz złożyć test sprawdzający w zakresie objętym szkoleniem z wynikiem pozytywnym.

....., dn. ....