# Załącznik Nr 1

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

(miejscowość, data)

Wykonawca / Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*

\* (w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w formularzu Oferty należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Nazwa:……………………………………………………………………….………..

………………………………………………………………………………….………..

……………………………………………………………………..…………………….

…………………………………………………………………………………..……….

Województwo:……………………………………………………………..……….

Miejscowość:…………………………………………………………………………

Kod pocztowy:………………………………………………………………………

Kraj:……………………………………………………………………………..……..

Adres pocztowy (ulic, nr domu i lokalu): ……………………..…………

Tel.:…………………………………..

e-mail: ……………………………...

**Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej   
spółka z o.o.   
ul. Szczecińska 112**

**76-200 Słupsk**

**O F E R TA PODSTAWOWA[[1]](#footnote-1)**

**O F E R TA WARIANTOWA[[2]](#footnote-2)**

\*właściwe zaznaczyć

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

**OPIEKĘ MEDYCZNĄ DLA PRACOWNIKÓW PGK SP. Z O.O. W SŁUPSKU NA ROK 2023,**

zgodnie ze SWZ, oferujemy wykonanie zamówienia na następujących warunkach:

**Cena: ………………….. PLN**

/Cena = Cena łączna za Medycynę Pracy + Cena łączna za Pakiety opieki zdrowotnej (indywidualnej, partnerskiej i rodzinnej), zgodnie z pkt 1.1, 1.2, 1.3 i 1.4 poniżej/

W tym:

* 1. **Cena łączna za Medycynę Pracy: ……………………. PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Proponowana składka miesięczna za pracownika** | **Liczba osób objętych Medycyną Pracy** | **Łączna składka miesięczna  (B x C)** |
| A | B | C | D |
| **Medycyna Pracy** | **…. PLN** | **316** | **….. PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (Łączna składka miesięczna x 12 miesięcy) | | | **……… PLN** |

* 1. **Cena łączna za Pakiety opieki medycznej indywidualnej (bez Medycyny Pracy): ………………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Warianty** | **Proponowana opłata miesięczna za pracownika w PLN** | **Liczba osób do pakietu w danym wariancie (szacowana)** | **Łączna opłata miesięczna  (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Pakiety Opieki Medycznej indywidualnej** | **Wariant I** | **…… PLN** | **159** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **5** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **1** | **……… PLN** |
| **OPŁATA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej  w kolumnie E) | | | | **……… PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (Opłata miesięczna razem x 12 miesięcy) | | | | **……… PLN** |

* 1. **Cena łączna za Pakiety opieki medycznej partnerskiej (bez Medycyny Pracy): ………………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Warianty** | **Proponowana opłata miesięczna za pakiet w PLN (łączna za pracownika i partnera)** | **Liczba pakietów w danym wariancie (szacowana)** | **Łączna opłata miesięczna  (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Pakiety Opieki Medycznej partnerskiej** | **Wariant I** | **…… PLN** | **66** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **14** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **1** | **……… PLN** |
| **OPŁATA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej  w kolumnie E) | | | | **……… PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (opłata miesięczna razem x 12 miesięcy) | | | | **……… PLN** |

* 1. **Cena łączna za Pakiety opieki medycznej rodzinnej (bez Medycyny Pracy): ……………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Warianty** | **Proponowana opłata miesięczna za pakiet w PLN (łączna za pracownika i członków rodziny)** | **Liczba pakietów w danym wariancie (szacowana)** | **Łączna opłata miesięczna  (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Pakiety Opieki Medycznej rodzinnej** | **Wariant I** | **…… PLN** | **3** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **1** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **1** | **……… PLN** |
| **OPŁATA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej  w kolumnie E) | | | | **……… PLN** |
| **CENA ŁĄCZNA** (opłata miesięczna razem x 12 miesięcy) | | | | **……… PLN** |

**Postanowienia dodatkowe rozszerzające ochronę dla Pakietów opieki medycznej:**

**2.1. Dla wariantu I pakietu opieki medycznej** **(indywidualnej, partnerskiej, rodzinnej)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych dla wariantu I** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów za akceptację danego postanowienia |
| Konsultacje obejmują lekarzy z tytułem profesora, doktora habilitowanego lub docenta. |  | 1 |
| Zwrot 100% kosztów w przypadku nie wywiązania się ze standardów usługi medycznej. |  | 1 |
| Szczepienia przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu, przeciwko odrze, przeciwko różyczce, przeciwko śwince. |  | 1 |

\*W przypadku braku zapisu „TAK” lub „NIE” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**2.2. Dla wariantu II pakietu opieki medycznej (indywidualnej, partnerskiej, rodzinnej)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych dla wariantu II** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów za akceptację danego postanowienia |
| Wizyty domowe w skali 12 miesięcy nielimitowane. |  | 1 |
| Zwrot 100% kosztów w przypadku nie wywiązania się ze standardów usługi medycznej. |  | 1 |
| Rozszerzenie usług rehabilitacji medycznej dla wariantu II - świadczenie obejmuje minimum 30 zabiegów rehabilitacji dla świadczeniobiorcy w okresie realizacji zamówienia – zgodnie ze wskazaniem lekarza.  (Uwaga: zakres obligatoryjny obejmuje min. 20 zabiegów rehabilitacyjnych) |  | 2 |
| Kwota refundacji wizyt u lekarzy z tytułem naukowym:  Przyjęcie kwoty refundacji za konsultację lekarzy z tytułem profesora doktora habilitowanego lub docenta: **300 zł** za wizytę (włączając lekarza prowadzącego ciążę z tytułem naukowym jak wyżej). |  | 2 |
| Szczepienia przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu, przeciwko odrze, przeciwko różyczce, przeciwko śwince. |  | 1 |

\*W przypadku braku zapisu „TAK” lub „NIE” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**2.3. Dla wariantu III pakietu opieki medycznej (indywidualnej, partnerskiej, rodzinnej)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych dla wariantu III** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów za akceptację danego postanowienia |
| Wizyty domowe w skali 12 miesięcy nielimitowane. |  | 1 |
| Zwrot 100% kosztów w przypadku nie wywiązania się ze standardów usługi medycznej. |  | 1 |
| Rozszerzenie usług rehabilitacji medycznej dla wariantu III - świadczenie obejmuje minimum 40 zabiegów rehabilitacji dla świadczeniobiorcy w okresie realizacji zamówienia – zgodnie ze wskazaniem lekarza.  (Uwaga: zakres obligatoryjny obejmuje min. 30 zabiegów rehabilitacyjnych) |  | 2 |
| Masaż wirowy kończyny górnej oraz dolnej (min 20 masaży w roku). |  | 1 |
| Rozszerzenie ochrony poprzez dodania dodatkowego świadczenia Assistance. Świadczenie Usługi assistance będą zawierały co najmniej: wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego, opiekę pielęgniarską w domu po hospitalizacji, transport medyczny, opiekę nad dziećmi ubezpieczonego, informację medyczną, pomoc psychologa. |  | 1 |
| Kwota refundacji wizyt u lekarzy z tytułem naukowym:  Przyjęcie kwoty refundacji za konsultację lekarzy z tytułem profesora doktora habilitowanego lub docenta: **300 zł** za wizytę (włączając lekarza prowadzącego ciążę z tytułem naukowym jak wyżej). |  | 2 |
| Specjaliści w wariancie III rozszerzeni (wyłączona psychiatria i stomatologia) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. |  | 1 |
| Szczepienia przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu, przeciwko odrze, przeciwko różyczce, przeciwko śwince. |  | 1 |

\*W przypadku braku zapisu „TAK” lub „NIE” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**Postanowienia dodatkowe rozszerzające zakres Medycyny Pracy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treść postanowień dodatkowych do Medycyny Pracy** | **TAK/NIE\*** | Ilość punktów |
| **Postanowienie dodatkowe nr 1 do Medycyny Pracy – świadczenia w związku z zakłuciem igłą:**  W umowie ze względu na duże zagrożenie biologiczne – (przypadki zakucia igłą niewiadomego pochodzenia podczas segregowania odpadów), powinno znaleźć się badanie po ekspozycji zawodowej (zakłuciu igłą) pracownika, które obejmuje:  a) Konsultację i opiekę lekarską,  b) Przeprowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku HBV, HCV, HIV.  **Uwaga:** Dotychczas w roku występowały 2-4 przypadki zakłucia igłą. |  | 5 |
| **Postanowienie dodatkowe nr 2 do Medycyny Pracy** – **szczepienie przeciw COVID-19**:  Zorganizowanie i przeprowadzenie na terenie PGK sp. z o.o. w Słupsku bezpłatnego szczepienia przeciw COVID-19.  **Uwaga:** Na czas trwania umowy szacuje się wykonanie szczepień:  Przeciwko Covid – dla 120 pracowników. |  | 5 |

\*W przypadku braku zapisu „TAK” lub „NIE” przy danej klauzuli Zamawiający uzna, że dana klauzula nie została zaakceptowana w ofercie przez Wykonawcę.

**PONADTO OŚWIADCZAMY, ŻE:**

1. Uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ.
2. Zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy, oświadczamy, że wybór naszej oferty:
   1. **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług \*;
   2. **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, w zakresie i wartości\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*[należy wskazać: nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług]*

Zgodnie z naszą wiedzą dla ww. towarów i usług zastosowanie będzie miała następująca stawka podatku od towarów i usług: …………………%

*\*) Niepotrzebne skreślić. W przypadku nieskreślenia (niewskazania) żadnej z ww. treści oświadczenia i niewypełnienia powyższego pola oznaczonego: „należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług” - Zamawiający uzna, że wybór przedmiotowej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (tj. naliczenia i odprowadzenia podatku do urzędu skarbowego).*

1. Zapoznaliśmy się i akceptujemy projektowane postanowienia umowy określone w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Uprawnionym przedstawicielem do kontaktów z Zamawiającym jest Pan/Pani…………………………………………………….……………, tel.: ……………………………………, adres e-mail:………………………………………………….
3. Zamierzamy powierzyć niżej wymienionym podwykonawcom następujące części zamówienia (następujący zakres czynności związanych z przedmiotem zamówienia) */wypełniają Wykonawcy, którzy deklarują taki zamiar/:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Części zamówienia powierzone podwykonawcom** | **Nazwa podwykonawcy**  **(jeżeli jest już znana)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 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, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Oświadczamy, że do poszczególnych pakietów opieki medycznej stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie:

a) wymienione poniżej warunki świadczenia usług medycznych **(dotyczy oferty podstawowej):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Usługa medyczna / Pakiet zdrowotny** | **Ogólne warunki umów o świadczenia zdrowotne (usług medycznych) mające zastosowanie do tego zamówienia** /prosimy o podanie nazwy tych warunków pozwalających je jednoznacznie zidentyfikować/ |
| ……………………… | …………. |
| ……………………… | ……..….. |

b) wymienione poniżej warunki ubezpieczenia **(dotyczy oferty wariantowej):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet zdrowotny / Ubezpieczenie** | **Ogólne Warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do tego zamówienia** /prosimy o podanie nazwy OWU oraz danym pozwalających je jednoznacznie zidentyfikować/ |
| ……………………… | OWU ….. |
| ……………………… | OWU ….. |

1. Oświadczamy, że Wykonawca którego reprezentujemy jest:

małym przedsiębiorcą (małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)

średnim przedsiębiorcą (średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)

dużym przedsiębiorstwem

1. Na podstawie § 13 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz.U. poz. 2415) informuję (my), że Zamawiający może samodzielnie pobrać wymagane przez niego dokumenty tj. …………….............…………………………………………………………… *(należy podać jakie dokumenty Zamawiający może samodzielnie pobrać np. KRS, CEiDG)*. Powyższa dokumenty Zamawiający pobiera z ogólnodostępnej i bezpłatnej bazy danych pod adresem internetowym: ……………………………..................................., a w przypadku Wykonawców mających siedzibę w Polsce (zaznaczyć właściwe):

[**https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu**](https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu)

[**https://prod.ceidg.gov.pl**](https://prod.ceidg.gov.pl)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

* Oświadczenie Wykonawcy składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych dotyczące podstaw do wykluczenia z postępowania,
* Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (jeśli umocowanie nie wynika z KRS bądź dokumentu równorzędnego).

1. Oferta na usługę medyczną świadczoną w formie abonamentu medycznego na prywatną opiekę medyczną świadczoną przez podmiot prowadzący działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-1)
2. Oferta na usługę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników oraz członków ich rodzin złożona przez Wykonawcę prowadzącego działalność ubezpieczeniową. [↑](#footnote-ref-2)