**Załącznik nr 1**

................................ ...............….........2019 r.

(pieczątka firmowa)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .

Adres .

REGON

NIP

Nr konta bankowego .

Telefon .................................. FAX .................................. e-mail ..............................................................

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem : 🞎 Tak 🞎 Nie

***Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych,   
od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

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

podpis Wykonawcy

1) rozporządzenie 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).

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

**Niniejszym składam ofertę na:**

ogłoszony przez

**Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2 przetarg nieograniczony** **pn. „Świadczenie usług transportu sanitarnego dla Centrum Leczenia Oparzeń  
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śl.”**

**nr sprawy: CLO/ZP/40/2019**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Karetka specjalistyczna typu „T” - karetka transportowa** | | | | |
| **l.p.** | **elementy ceny** | **szacunkowa**  **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość** |
| 1 | Kilometr | 5.000 km |  |  |
| 2 | godzina usługi | 200 godzin |  |  |
| **Razem karetka specjalistyczna typu „P”** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Karetka specjalistyczna typu „P” - karetka podstawowa** | | | | |
| **l.p.** | **elementy ceny** | **szacunkowa**  **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość** |
| 1 | Kilometr | 25.000 km |  |  |
| 2 | godzina usługi | 1.500 godzin |  |  |
| **Razem karetka specjalistyczna typu „P”** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Karetka specjalistyczna typu „S” - karetka specjalistyczna** | | | | |
| **l.p.** | **elementy ceny** | **szacunkowa**  **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość** |
| 1 | Kilometr | 700 km |  |  |
| 2 | godzina usługi | 50 godzin |  |  |
| **Razem karetka specjalistyczna typu „S”** | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM KARETKA „T” „P” i „S”** |  |

**Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

ul. Jana Pawła II 241-100 Siemianowice Śląskie

**Wykonawca:**

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

reprezentowany przez:

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy CLO/ZP/39/2019 prowadzonego przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Pzp.

....................................... dnia ................. r. ..................................................................

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ............ ustawy Pzp  
*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt. 13-14, 16-20).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

....................................... dnia ................. r. ..................................................................

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się  
w niniejszym postępowaniu,

tj.:

*(podać pełną nazwę/firmę, adres)*

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

....................................... dnia ................. r. ..................................................................

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą  
oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd  
przy przedstawianiu informacji.

....................................... dnia ................. r. ..................................................................

*(podpis)*