## Obraz zawierający logo  Opis wygenerowany automatycznieZałącznik nr 2 do SWZ

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | ***Usługa obsługi krajowych i zagranicznych podróży służbowych na rzecz Agencji Badań Medycznych*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZP-9/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………… |

**Formularz Cenowy**

Oświadczam, że oferuję następujące wysokości cen opłat transakcyjnych stanowiące wynagrodzenie Wykonawcy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Usługa****Usługi wskazane poniżej należy rozumieć jako usługi o zakresie wskazanym w „Opisie Przedmiotu Zamówienia” stanowiącym Załącznik nr 1 do SWZ i w „Projektowanych Postanowieniach Umownych Załącznik nr 3 do SWZ.** | **Liczba usług****=****liczba opłat transakcyjnych** | **Cena jednostkowa brutto****=****opłata transakcyjna liczona od jednej usługi** | **Wartość brutto opłat transakcyjnych****(kol. 2 x kol. 3)** |
| **Lp.** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | rezerwacja biletu lotniczego na trasie krajowej | **16** | ………………… zł | ………………… zł |
| 2 | rezerwacja biletu lotniczego na trasie zagranicznej  | **88** | ………………… zł | ………………… zł |
| 3 | rezerwacja biletu kolejowego na trasie zagranicznej (II klasa) | **16** | ………………… zł | ………………… zł |
| 4 | rezerwacja biletu autobusowego na trasie zagranicznej | **16** | ………………… zł | ………………… zł |
| 5 | rezerwacja noclegu w hotelu za granicą | **130 osobo/dób** | ………………… zł | ………………… zł |
| 6 | organizacja transportu w miejscu destynacji za granicą  | **40** | ………………… zł | ………………… zł |
| 7 | wystawienie jednej polisy ubezpieczeniowej | **130 osobo/dób** | ………………… zł | ………………… zł |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY, tj. łączna wartość brutto wszystkich opłat transakcyjnych**  | **………………… zł** |

***Należy pamiętać o opatrzeniu Oświadczenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e
do reprezentacji Wykonawcy***

***Załącznik nr 4 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Usługa obsługi krajowych i zagranicznych podróży służbowych na rzecz Agencji Badań Medycznych*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:** | **ABM- ZP-9/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY[[1]](#footnote-1)**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy**

**dotyczące niepodlegania wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału**

Na potrzeby przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznegooświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY W ZAKRESIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w 10.5.3 i 10.5.4 SWZ.

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY W ZAKRESIE NIEPODLEGANIA WYKLUCZENIU:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 4, 5, 7, 8 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo zamówień publicznych *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub w art. 109 ust. 1 pkt. 4, 5, 7, 8 ustawy Prawo zamówień publicznych).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych podjąłem następujące środki naprawcze: ……………..…………………………………

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**Informujemy o dostępności wymaganych w SWZ oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 57 ustawy Prawo zamówień publicznych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oświadczenia lub dokumentu | Numer i nazwa postępowania o udzielenie zamówienia u Zamawiającego, w którym wykonawca złożył oświadczenia lub dokumenty i/lub dane umożliwiające dostęp do tych oświadczeń/dokumentów (np. adresy internetowe, bazy danych itp.) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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.

***Należy pamiętać o opatrzeniu Oświadczenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e
do reprezentacji Wykonawcy***

***Załącznik nr 5 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Usługa obsługi krajowych i zagranicznych podróży służbowych na rzecz Agencji Badań Medycznych*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie Zamawiającego:** | **ABM- ZP-9/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………… |

**WYKAZ USŁUG**

Oświadczamy, że w okresie ostatnich czterech lat przed upływem terminu składania ofert, wykonaliśmy/wykonujemy następujące usługi, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt 10.5.4.1. SWZ:

| **Lp.** | **Nazwa i adres Wykonawcy** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane** | **Przedmiot usługi** **tytuł i krótki opis zamówienia** | **Okres realizacji** | **Wartość brutto zamówienia wykonanego przez Wykonawcę** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **początek**(dd/mm/rrrr) | **zakończenie**(dd/mm/rrrr) |
| 1. **Co najmniej dwie (2) usługi (zamówienia) w zakresie rezerwacji i zakupu krajowych i/lub zagranicznych biletów lotniczych, z których każda spełnia następujący warunek:**

**- wartość usługi świadczonej na rzecz jednego podmiotu wynosiła co najmniej 200 000,00 zł brutto (słownie: dwieście tysięcy złotych 00/100)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

| **Lp.** | **Nazwa i adres Wykonawcy** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane** | **Przedmiot usługi** **tytuł i krótki opis zamówienia** | **Okres realizacji** | **Wartość brutto zamówienia wykonanego przez Wykonawcę** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **początek**(dd/mm/rrrr) | **zakończenie**(dd/mm/rrrr) |
| **b) Co najmniej dwie (2) usługi (zamówienia) w zakresie** **rezerwacji usług zakwaterowania za granicą, z których każda spełnia następujący warunek:****- wartość usługi świadczonej na rzecz jednego podmiotu wynosiła co najmniej 150 000,00 zł brutto (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

 **Uwaga! W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie
 ww. warunek musi spełniać przynajmniej jeden z nich w całości.**

W załączeniu przedstawiamy dowody potwierdzające należyte wykonanie ww. usług.

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy***

 ***Załącznik nr 6 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Usługa obsługi krajowych i zagranicznych podróży służbowych na rzecz Agencji Badań Medycznych*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie Zamawiającego:** | **ABM- ZP-9/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………… |

**WYKAZ OSÓB**

Składając ofertę w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia oświadczamy,
że do realizacji zamówienia dysponujemy lub będziemy dysponowali następującymi osobami: tj. **co najmniej** **dwoma (2) wykwalifikowanymi** **kasjerami lotniczymi:**

|  |
| --- |
| ***Kasjer lotniczy – 1. Osoba*** |
| ***imię i nazwisko – ………………………………………………………*** |
| *Podstawa do dysponowania osobą (np.: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie podmiotu trzeciego)* | ……………………………………………. |
| *Wykwalifikowany kasjer lotniczy powinien pozjadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w wyszukiwaniu oraz rezerwacji biletów lotniczych w systemie (GDS) (tj. Amadeus, Galileo, Worldspan, Sabre lub innego równoważnego systemu)*  | *Wykazać doświadczenie 24 miesiące minimum, bez wliczania przerw w pracy* |
| *Daty w jakich wskazana przez Wykonawcę osoba wykonywała usługi jako wykwalifikowany kasjer lotniczy,* | ………………………………………………. |
| *Zakres czynności wykonywanych przez wskazaną osobę,* | *………………………………………………………* |
| *Nazwa podmiotu, dla którego wykonywana była usługa.* | ………………………………………………….…….. |
| ***Kasjer lotniczy – 2. osoba*** |
| ***imię i nazwisko – ……………………………………………………….*** |
| *Podstawa do dysponowania osobą (np.: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie podmiotu trzeciego)* | ……………………………………………………… |
| *Wykwalifikowany kasjer lotniczy powinien pozjadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w wyszukiwaniu oraz rezerwacji biletów lotniczych w systemie (GDS) (tj. Amadeus, Galileo, Worldspan, Sabre lub innego równoważnego systemu).*  | *Wykazać doświadczenie 24 miesiące minimum, bez wliczania przerw w pracy* |
| *Daty w jakich wskazana przez Wykonawcę osoba wykonywała usługi jako wykwalifikowany kasjer lotniczy,* | ***……………………………………………………*** |
| *Zakres czynności wykonywanych przez wskazaną osobę,* | *……………………………………………………..* |
| *Nazwa podmiotu, dla którego wykonywana była usługa.* | ………………………………………………….…….. |

\* Wykonawca zobowiązany jest podać na jakiej podstawie dysponuje osobami wymienionymi w Wykazie osób – np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, dysponowanie na podstawie udostępnienia zasobu trzeciego itp.

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy***

***Załącznik nr 7 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Usługa obsługi krajowych i zagranicznych podróży służbowych na rzecz Agencji Badań Medycznych*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie Zamawiającego:** | **ABM- ZP-9/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | …………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**

**WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznegooświadczamy, że:

* + - * 1. ……………………………. (nazwa wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia …………………………..
				2. ……………………………. (nazwa wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia …………………………..

***Należy pamiętać o opatrzeniu Oświadczenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy***

***Załącznik nr 8 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Usługa obsługi krajowych i zagranicznych podróży służbowych na rzecz Agencji Badań Medycznych*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie Zamawiającego:** | **ABM- ZP-9/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | …………………………………………… |

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE****do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia** |

Oświadczam, co następuje:

**JA/MY**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentowania podmiotu, stanowisko (właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, upełnomocniony reprezentant itp.\*)*

**działając w imieniu i na rzecz:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa podmiotu udostępniającego zasoby)*

**ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ** do oddania nw. zasobów na potrzeby realizacji zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(określenie zasobu – doświadczenie, osoby skierowane do realizacji zamówienia, zdolności techniczne, zdolności finansowe lub ekonomiczne)*

**do dyspozycji Wykonawcy:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Wykonawcy)*

przy wykonywaniu ww. zamówienia.

**OŚWIADCZAM/-MY**, iż:

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. sposób i okres udostępnienia oraz wykorzystania ww. zasobów będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. zrealizuję zadania, których ww. zasoby/zdolności dotyczą, w zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Należy pamiętać o opatrzeniu Oświadczenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy***

1. *W przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, wykonawca wraz z ofertą składa oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu, w zakresie w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby* [↑](#footnote-ref-1)