# Zał. nr 1 do SWZ Formularz ofertowy

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................................

Siedziba Wykonawcy ................................................................................................................ Nr telefonu ........................................................................................................................

Adres e-mail …………………………………………………………………………………………

nr NIP ........................................................................................................................................ nr REGON ................................................................................................................................. do: nazwa i siedziba Zamawiającego:

# Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa Wielkopolski Oddział Regionalny ul. Strzeszyńska 36, 60-479 Poznań tel. 061 845 38 33 fax. 061 840 06 93

W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego organizowanego w trybie podstawowym o wartości mniejszej niż progi unijne zgodnie z art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1320 ze zm.) na **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego Biur Powiatowych ARiMR,** zgodnie z wymaganiami specyfikacji warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotu zamówienia **za:**

|  |
| --- |
| **łączną kwotę brutto** ..................................................................... zł  (słownie: ...............................................................................................................................zł) |

Wykaz zakładów opieki zdrowotnej obejmujący listę zakładów, w których są świadczone usługi medyczne z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników Zamawiającego.

**Wykaz zakładów opieki zdrowotnej:**

1. …………………………………………………………………..…………
2. …………………………………………………………………………..…
3. …………………………………………………………………..…………
4. ……………………………………………………………………………..

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

imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

*Ponadto:*

* Oświadczamy, że wypełniliśmy wobec osób fizycznych, których dane przekazujemy, obowiązki wynikające z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Unii Europejskiej i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04 maja 2016 roku).
* Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ i nie wnieśliśmy w terminie przewidzianym ustawą Pzp zastrzeżeń do niej oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
* Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
* Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w SWZ oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
* Oświadczamy, że akceptujemy proponowany przez Zamawiającego wzór umowy i zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do zawarcia umowy na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* Oświadczamy, że w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie określonym w umowie tj. od 01.01.2025 r. do 31.12.2025 r.
* Całość zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców / poniżej wskazujemy części zamówienia, które zamierzamy powierzyć podwykonawcom\* :

## ………………………………………………………………………………………………

(W przypadku braku wpisu przyjmuje się domniemanie, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)

Przedstawicielem Wykonawcy uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym będzie:

…………………………………………………………………………………..

* Oświadczam**,** że:
  + **dokumenty** wymienione od strony ….. do strony ….. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 1233) i nie mogą być ujawniane osobom trzecim. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

Osobami, które mogą reprezentować wykonawcę i składać oświadczenia woli są:

1. ..........................................................................................
2. …………………………………………………………..
3. …………………………………………………………..

# \* - niepotrzebne skreślić

................................., dn. ...................... *Miejscowość data*

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

## imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Załącznik 2 do SWZ**

**Szczegółowa kalkulacja cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pracownik administracyjno-biurowy** | | | **Pracownik administracyjno-biurowy prowadzący samochód osobowy dla**  **celów służbowych** | | | **Pracownik na stanowisku kierowniczym (osoba kierująca**  **innymi pracownikami, prowadząca samochód osobowy dla celów**  **służbowych)** | | | **Pracownik administracyjno-biurowy prowadzący i obsługujący archiwum zakładowe/składnice akt (praca na wysokosci, prowadząca samochód osobowy dla celów służbowych)** | | | **Pracownik terenowy wykonujący kontrole terenowe/ kontrole siedzib stad (prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych)** | | | **Pracownik gospodarczy (prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych, praca na wysokosci)** | | | **Pracownik administracyjno-biurowy zajmujący się obsługą budynków -**  **(prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych, praca na**  **wysokosci)** | | | **Pracownik administracyjno-biurowy zajmujący się wsparciem**  **informatycznym (prowadzący**  **samochód osobowy dla celów**  **służbowych)** | | | **Łączna wartość brutto**  **wg rodzaju badań** |
| wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość brutto | wartość  jednostkow a brutto | ilość badań | wartość brutto | wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość  brutto | wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość  brutto | wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość  brutto | wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość  brutto | wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość  brutto | wartość  jednostkowa brutto | ilość badań | wartość  brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4[2x3]** | **5** | **6** | **7[5x6]** | **8** | **9** | **10[8x9]** | **11** | **12** | **13[11x12]** | **14** | **15** | **16[14\*15]** | **17** | **18** | **19[17\*18]** | **20** | **21** | **22[20\*21]** | **23** | **24** | **25[23\*24]** | **26**  **[4+7+10+13+16+19 +22+25]** |
| Badania wstępne |  | **15** | 0,00 zł |  | **30** | 0,00 zł |  | **10** | 0,00 zł |  | **3** | 0,00 zł |  | **15** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł | 0,00 zł |
| Badania okresowe |  | **40** | 0,00 zł |  | **155** | 0,00 zł |  | **48** | 0,00 zł |  | **13** | 0,00 zł |  | **70** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł | 0,00 zł |
| Badania kontrolne |  | **6** | 0,00 zł |  | **60** | 0,00 zł |  | **6** | 0,00 zł |  | **3** | 0,00 zł |  | **10** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł |  | **1** | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  | | |  | **Łączna wartość brutto za wszystke badania** | | | | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | **0,00 zł** |
|  | | | | | | |  | | ilość |  |
|  | | | | | | | wartość jednostkowa brutto | | (badań/spot kań/lokaliza  cji) | Wartość brutto |
| **1** | | | | | | | **2** | | **3** | **4 [2x3]** |
| **Udział w pracach Komisji BHP** | | | | | | |  | | **4** | **0,00 zł** |
| **Przegląd warunków pracy (ogółem ok. 800 stanowisk), w tym wizytacja stanowisk pracy** | | | | | | |  | | **1** | **0,00 zł** |
| **Szczepienia ochronne dla 50 pracowników (p.tężcowe, p.kleszczom)** | | | | | | |  | | **50** | **0,00 zł** |
| **Badania sanitarno-epidemiologiczne** | | | | | | |  | | **40** | **0,00 zł** |
| **Badania sanitarno-epidemiologiczne+badanie kału na nosicielstwo** | | | | | | |  | | **20** | **0,00 zł** |
| **WARTOŚĆ BRUTTO ZA CAŁĄ USŁUGĘ (łączna wartość**  **brutto za wszystkie badania + wartość brutto za badania profilaktyczneokulista + wartość brutto za udział w pracach Komisji BHP + wartość brutto za przegląd warunków pracy + wartość brutto za szczepienia ochronne dla pracowników BKM+badania sanitarno-epidemiologiczne z**  **badaniem kału na nosicielstwo)** | | | | | | | | | | **0,00 zł** |
| **0,00 zł** |

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

**imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy**

**Załącznik nr 3 do SWZ/Umowy**

**Opis stanowisk oraz warunków pracy pracowników Zamawiającego**

**podlegających badaniom**

1. **Pracownik administracyjno – biurowy**

Pracownik spędza przy monitorze ekranowym średnio 5-7 godzin zmiany roboczej, resztę czasu pracy poświęca na rozmowy z beneficjentami, przygotowywaniu dokumentów, ręcznej pracy biurowej i pracy koncepcyjnej. Praca wykonywana przeważnie na terenie zakładu pracy w pomieszczeniach biurowych.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

1. **Pracownik administracyjno – biurowy prowadzący samochód osobowy dla celów służbowych**

Pracownik spędza przy monitorze ekranowym średnio 5-7 godzin zmiany roboczej, resztę czasu pracy poświęca na rozmowy z beneficjentami, przygotowywaniu dokumentów, ręcznej pracy biurowej i pracy koncepcyjnej. Praca wykonywana przeważnie na terenie zakładu pracy w pomieszczeniach biurowych. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby

1. **Pracownik administracyjno - biurowy kierujący pracownikami**

Pracownik kieruje całokształtem pracy swojej komórki organizacyjnej. Do wykonywania pracy wykorzystuje monitor ekranowy średnio 5 – 6 godzin podczas zmiany roboczej, resztę czasu poświęca na rozmowy z pracownikami i beneficjentami, sprawdzanie i podpisywanie dokumentów, pracy koncepcyjnej i decyzyjnej. Stanowisko związane z odpowiedzialnością. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* + kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
  + zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością

1. **Pracownik administracyjno – biurowy prowadzący i obsługujący archiwum zakładowe/składnicę akt**

Do podstawowych zadań pracownika na tym stanowisku należy rejestracja i gromadzenie akt w archiwum zakładowym/składnicy akt oraz udostępnianie lub wypożyczanie akt (teczek aktowych) zainteresowanym. Pracownik jest również odpowiedzialny za prowadzenie spraw z obszaru postępowania z aktami, w tym archiwizacji, zgodnie z obowiązującymi w ARiMR przepisami kancelaryjno-archiwalnymi, a także nadawanie sygnatur archiwalnych przejmowanym aktom, odpowiednie ich umieszczenie na regałach archiwalnych oraz utrzymanie ładu i porządku w archiwum zakładowym / składnicy akt. Teczki aktowe, pudła archiwalne, itp. układane są na metalowych regałach przymocowanych trwale do ścian i podłoża o oznaczonej, dopuszczalnej masie obciążenia oraz regałach wyposażonych w mechanizmy ręcznego przesuwania. Dostęp do górnych półek regałów odbywa się za pomocą drabin rozstawnych, podestów, podestu ruchomego. W pomieszczeniach jest ograniczona przestrzeń. Teczki aktowe, pudła archiwalne, itp. w pomieszczeniach archiwum zakładowego, transportowane są za pomocą wózka ręcznego lub przenoszone/przewożone w koszach. Pracownicy obsługujący archiwum zakładowe przebywają w nim czasowo, w chwili składowania i układania teczek aktowych, pudeł archiwalnych itp. na półkach lub w chwili przygotowywania akt o wskazanych sygnaturach archiwalnych do ich udostępnienia/wypożyczenia/brakowania. Do wykonywania pracy pracownik wykorzystuje monitor ekranowy powyżej 4 godzin dziennie. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych
* czyniki biologiczne i inne, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem pracy w archiwum:
* Aspergillus fumigatus – kropidlak popielaty – 2 grupa zagrożenia,
* Lotne związki organiczne wytwarzane w dużych ilościach przez grzyby pleśniowe - 2 grupa zagrożenia,
* Aspergillus Niger – kropidlak czarny – 2 grupa zagrożenia,
* Dermatophagoides spp. – stawonogi (roztocze)

Czynniki chemiczne, drażniące, alergizujace - środki konserwujące papier, składniki stosowane w introligatorniach

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* + kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
  + praca na wysokości

1. **Pracownik administracyjno - biurowy wykonujący kontrole terenowe i / lub kontrole siedzib stad**

Pracownik wykonuje pracę w terenie oraz w biurze. W biurze pracuje z komputerem, laptopem lub tabletem. Nanosi poprawki do przygotowanych dokumentów z terenu lub pobiera zadania do wykonania na kolejny okres pracy. W terenie z laptopem lub tabletem pracuje ponad 4 godziny dziennie. Czynności kontrolne wykonywane są zazwyczaj w zespołach dwuosobowych lub jednoosobowym przy niektórych typach kontroli. Do wyjazdów terenowych wykorzystywane są samochody służbowe, którymi pracownicy przemieszczają się po terenie całego województwa/kraju. Czynności kontrolne polegają na przeprowadzeniu kontroli na miejscu, tj. wykonaniu oględzin działek rolnych, w tym dokonaniu pomiarów ich powierzchni w oparciu o technikę GPS, metodą FOTO oraz inne metody i urządzenia pomiarowe, oględzin zaplecza gospodarstw rolnych, a także dokonywaniu weryfikacji zakresu rzeczowego operacji przy wykonywaniu urządzeń pomiarowych (dalmierze, taśmy i kółka miernicze), w tym w zakładach przetwórstwa rolno – spożywczego/mięsnego oraz sprawdzenie dokumentacji będącej w dyspozycji podmiotu kontrolowanego oraz wykonywanie fotografii upraw, budynków, maszyn, urządzeń, pomieszczeń, wyposażenia, planów, rejestrów itp.

Ponadto wyznaczeni pracownicy, posiadający odpowiednie badania lekarskie, w zależności od potrzeb, wykonują kontrole siedzib stad. Czynności kontrolne polegają na sprawdzeniu oznakowania zwierząt (kolczyki) i dokumentacji rejestrowej. Wykonywane są również kontrole w sektorze pszczelarskim. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych
* Czynniki występujące podczas wykonywania wizytacji terenowych w zakładach przetwórstwa spożywczego, w gospodarstwach rolników (kontakt ze zwierzętami), kontroli upraw rolnych i leśnych i innych zadań w terenie:

- Mycobakterium tuberculosis – gruźlica – 3 grupa zagrożenia (kontakt ze zwierzętami

w oborach, chlewniach),

- Coxiella burnetti – gorączka Q – 3 grupa zagrożenia (kontakt ze zwierzętami w

oborach, chlewniach),

- Wirus kleszczowego zapalenia mózgu – 3 grupa zagrożenia (ukłucia przez kleszcze

podczas kontroli obszarów leśnych, łąk),

- Wirus wścieklizny – 3 grupa zagrożenia (np. pogryzienie przez zwierzynę leśną i

domową),

- Clostridium tetani – tężec – 2 grupa zagrożenia (np. zranienie ciała poprzez wejście

na niewidoczne pręty, gwoździe, szkło, dotknięcie, chwytanie drutu kolczastego),

- Borrelia burgdorferi – borelioza – 2 grupa zagrożenia (ukłucia przez kleszcze podczas

kontroli obszarów leśnych, łąk)

- Rośliny: uszkodzenia skóry, poparzenia, zatrucia

Czynniki chemiczne

* występujące w magazynach nawozów sztucznych, podczas oprysków pól, w zbiornikach na organiczne nawozy płynne, środkach eksploatacyjnych pojazdów służbowych,
* substancje i preparaty chemiczne uczulające, toksyczne, drażniące i żrące (gazy, środki ochrony roślin, nawozy, spaliny, wapno, środki do dezynfekcji, oleje, smary, benzyna)

Pyły

* + pyły organiczne pochodzenia roślinnego i zwierzęcego
  + pyły występujące podczas sezonowych prac polowych, żniw, orki, przygotowywania pokarmu dla zwierząt.

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* + kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
  + zmienny mikroklimat

1. **Pracownik gospodarczy**

Do podstawowych zadań pracownika na tym stanowisku należy wykonywanie czynności konserwacyjnych i naprawczych urządzeń biurowych i wyposażenia pomieszczeń pracy oraz pomieszczeń higieniczno–sanitarnych, doraźne remonty, malowanie ścian, transport poziomy wyposażenia biurowego, obsługa elektronarzędzi. Pracownik wykonuje drobne naprawy mebli biurowych, drobne naprawy hydrauliczne, wymienia niesprawne żarówki, świetlówki oraz prowadzi oględziny urządzeń i instalacji. Wykonuje naprawy i konserwacje wszelkich drobnych sprzętów AGD. Dokonuje zakupów niezbędnych materiałów do dokonywania napraw i konserwacji. Wykonuje prace ogrodnicze – koszenie trawy, przycinanie żywopłotów, itp. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby. Na wyposażeniu stanowiska pracy pracownik posiada skrzynkę narzędziową, elektronarzędzia i narzędzia ręczne. Pracownik pracuje również na wysokości do 3 m.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca wymagająca dobrej ostrości wzroku, olśnienia i oślepienia podczas

jazdy

* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji podczas wykonywania prac
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i

współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych.

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* + - kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
    - praca na wysokości do 3 metrów
    - praca związana z obsługą narzędzi, maszyn, urządzeń lub pojazdów mechanicznych

1. **Pracownik administracyjno – biurowy zajmujący się obsługą budynków**

Pracownik spędza przy monitorze ekranowym średnio powyżej 4 godzin podczas zmiany roboczej, resztę czasu pracy poświęca na pracy koncepcyjnej, przygotowywaniu dokumentów, ręcznej pracy biurowej. Praca wykonywana przeważnie na terenie zakładu pracy w pomieszczeniach biurowych. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby. Pracownik pracuje również na wysokości powyżej 1 m. Pracownik wykonuje sporadycznie drobne prace konserwacyjne (naprawcze).

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* + - kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
    - praca na wysokości powyżej 1 m

1. **Pracownik administracyjno – biurowy zajmujący się wsparciem informatycznym**

Do podstawowych zadań pracownika na tym stanowisku należy zarządzanie bazami danych, tworzenie sieci teleinformatycznych związanych z infrastrukturą. Pracownik nadzoruje systemy teleinformatyczne, rozwiązuje zaistniałe problemy pośrednicząc pomiędzy użytkownikami końcowymi. Zajmuje się bieżącą obsługą techniczną systemów teleinformatycznych, sprawowaniem pomocy technicznej dla wszystkich pracowników, konserwacją sprzętu i systemów operacyjnych na stacjach roboczych. Pracownik spędza przy monitorze ekranowym średnio 5-6 godzin podczas zmiany roboczej. Praca wykonywana przeważnie na terenie zakładu pracy w pomieszczeniach biurowych. Pracownik korzysta z pojazdu służbowego lub prywatnego do celów służbowych przewożąc również inne osoby.

Czynniki szkodliwe oraz uciążliwe na ww. stanowisku:

Czynniki fizyczne i psychofizyczne

* obciążenie wzroku – praca przed monitorem ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy,
* obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego, wymuszona pozycji ciała – praca siedząca i/lub praca w terenie
* obciążenie psychiczne – stres psychologiczny, presja czasu

Czynniki biologiczne

* praca w klimatyzowanych pomieszczeniach, przemieszczanie się pojazdem z klimatyzacją

- bakterie: Legionella pneumophilia – grupa 2 zagrożenia

- grzyby: Aspergillus spp. - grupa 2 A zagrożenia

- grzyby: Penicillium spp. - grupa 2 A zagrożenia

* mikroorganizmy chorobotwórcze, wirusy, którym sprzyja kontakt z beneficjentami i współpracownikami – możliwość chorób zakaźnych

Inne czynniki, w tym niebezpieczne

* + - kierowanie samochodem osobowym w celach służbowych przewożąc inne osoby
    - działanie pola elektromagnetycznego (praca szaf crosowniczych, serwerów i innych urządzeń komputerowych)

**Załącznik nr 4 do SWZ/umowy**

(miejscowość, data)

(oznaczenie pracodawcy)

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE**

**(**wstępne/okresowe/kontrolne\***)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2023 r. poz. 1465, z późn. zm.) kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\*) …………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

numer PESEL\*\*)  …………………………………………………………………………………..

zamieszkałego/zamieszkałą\*) ………………………………………………………………………..

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\*) lub podejmującego/podejmującą\*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

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

określenie stanowiska/stanowisk\*) pracy\*\*\*)

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

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

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia \*\*\*\*):

1. **Czynniki fizyczne:** brak
2. **Pyły:** dotyczy nie dotyczy

Pyły organiczne pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Pyły występujące podczas sezonowych prac polowych, żniw, orki, przygotowywania pokarmu dla zwierząt. Ekspozycji oraz pomiarów stężenia nie mierzono.

1. **Czynniki chemiczne:** dotyczy nie dotyczy

Czynniki występujące w: magazynach nawozów sztucznych, podczas oprysków pól, w zbiornikach na organiczne nawozy płynne, środkach eksploatacyjnych pojazdów służbowych. Ekspozycji oraz pomiarów stężenia nie mierzono.

1. **Czynniki biologiczne:** dotyczy nie dotyczy

Czynniki występujące podczas wykonywania wizytacji terenowych w zakładach przetwórstwa spożywczego, w gospodarstwach rolników (kontakt ze zwierzętami), kontroli upraw rolnych i leśnych, innych zadań w terenie:

* (Mycobakterium tuberculosis) – gruźlica – 3 grupa zagrożenia,
* (Coxiela burnetti) – Gorączka Q – 3 grupa zagrożenia,
* Wirus kleszczowego zapalenia mózgu – 3 grupa zagrożenia,
* Wirus wścieklizny – 3 grupa zagrożenia,
* (Clostridium tetani) – Tężec – 2 grupa zagrożenia,
* (Borrelia burgdorferi) – Borelioza – 2 grupa zagrożenia
* Rośliny

Czynniki biologiczne i inne, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem pracy w archiwum/składnicy akt:

* (Aspergillus fumigatus) – kropidlak popielaty – 2 grupa zagrożenia,
* Lotne związki organiczne wytwarzane w dużych ilościach przez grzyby pleśniowe – 2 grupa zagrożenia,
* (Aspergillus Niger) – kropidlak czarny – 2 grupa zagrożenia,
* (Dermatophagoides spp.) – stawonogi (roztocze)

Czynniki występujące podczas pracy w klimatyzowanych pomieszczeniach/podczas przemieszczania się pojazdem z klimatyzacją:

* (Aspergillus ssp.) – kropidlakowce – 2 grupa zagrożenia,
* (Penicillium ssp.) – kropidlakowce – 2 grupa zagrożenia,
* (Legionella pneumophila) – Legioneloza - 2 grupa zagrożenia

1. **Inne czynniki, w tym niebezpieczne:**

praca związana z obsługą monitorów ekranowych co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy

praca w wymuszonej pozycji ciała

zagrożenia wynikające z monotonii pracy

zagrożenia wynikające z organizacji pracy (praca pod presją czasu, nierównomierne obciążenie pracą i inne)

kierowanie pojazdem służbowym lub prywatnym do celów służbowych przewożąc inne osoby (kat. ”B”)

zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością

praca na wysokości

praca związana z obsługą narzędzi, maszyn, urządzeń lub pojazdów mechanicznych

praca wymagająca sprawności psychoruchowej

inne – ………….……………………………………………………………………………………………

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

............………………………………......

(podpis pracodawcy)

***Objaśnienia:***

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

\*\*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.

\*\*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1. wydane na podstawie:
   1. art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (t.j.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.) dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczych lub mutagennych
   2. art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (t.j.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.) dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych ,
   3. art. 227 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (t.j.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.) dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
   4. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (t.j.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.) najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
   5. art. 25 pkt. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 1173 z późn. zm.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
2. załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 607 z późn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

Załącznik nr 5 do SWZ /umowy

Poznań, dnia …………… r.

Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa

Wielkopolski Oddział Regionalny ul. Strzeszyńska 36 60-479 Poznań

NIP 526-19-33-940

Regon 010613083; PKD 8413Z

………………………………………

………………………………………

Wniosek o przeprowadzenie szczepienia ochronnego/ badania sanitarno-epidemiologicznych razem z badaniem kału na nosicielstwo/bez badania kału na nosicielstwo\*

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz.U. z 2012r. poz. 40) oraz Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz.U. z 2023r., poz. 1284 ze zm.) kieruję

Pan(i)…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko nr pesel

zamieszkały(a) w …………………………………………………………………………………….

zatrudniony(a)\* w Wielkopolskim Oddziale Regionalnym Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji

Rolnictwa na stanowisku ………………………………………………………………………….

Charakterystyka wykonywanych prac:

* kontrola zakładów przetwórstwa spożywczego,
* kontrola gospodarstw rolnych i siedzib stad zwierzęcych,

Proszę o wykonanie .

Szczepienia ochronnego przeciwko tężcowi i kleszczom/badania sanitarno-epidemiologicznego razem z badaniem kału na nosicielstwo\*

Po otrzymaniu skierowania na badania proszę o rejestrację pod

nr ……………………. w godzinach ……………… lub mailowo pod adresem: ………………………………..\*

\*) niepotrzebne skreślić

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

**Załącznik nr 6 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………….

1. **Oświadczenie własne\***

**Złożone w prowadzonym przez Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na: Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.**

**Wykonawca jest1:**

* 1. Mikroprzedsiębiorstwem: tak/nie**\*\***
  2. Małym przedsiębiorstwem: tak/nie\***\***
  3. Średnim przedsiębiorstwem: tak/nie\***\***

**Uwaga 1**

*Zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do wypełnienia ogłoszenia o udzieleniu zamówienia (do celów statystycznych).*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami**i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

***\*\*niepotrzebne skreślić.***

1. **Oświadczenie Wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia , spełnienia warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji z postępowania na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (dalej: „ustawa”)**

**1. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

* 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie **art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.**
  2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie **art. 109 ust. 1 pkt 4, pkt 8, pkt 10 ustawy Pzp.**
  3. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. *(wypełnić o ile dotyczy*) ustawy (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 4, pkt 8, pkt 10 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………… (*wypełnić o ile dotyczy*).
  4. Oświadczam również, 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 (t.j. Dz. U z 2023r. poz. 1497, ze zm.).

1. Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na: **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR** - oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale V, VI SWZ.

**3. 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.

UWAGA

\*\* Wykonawca, w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia, wraz   
z oświadczeniem, także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu.

**Załącznik nr 6A do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………….

**Zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji   
niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia**

Ja/My niżej podpisany/ni:

………………………………………………………………………………………………………………………………  
 *(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

Będąc upoważnionym/mi do reprezentowania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG podmiotu, na zasobach którego polega Wykonawcy)*

Zobowiązuję/my się do oddania swoich zasobów:

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

*(określenie zasobu)*

Do dyspozycji Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa Wykonawcy)*

Przy wykonywaniu zamówienia na: **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.**

**Oświadczam/y, iż:**

Udostępniam/y Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie (należy podać informacje umożliwiające ocenę spełnienia warunków przez udostępniane zasoby):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego udostępnionych zasobów będzie następujący:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zakres i okres mojego/naszego udziału przy wykonywaniu zamówienia zasobów będzie następujący:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Będę/Będziemy realizował/li niżej wymienione usługi, których dotyczą udostępniane zasoby odnoszące się do warunków udziału dot. wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, na których polega Wykonawca:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zał. nr 7 do SWZ**

**Oświadczenia o aktualności informacji w przedmiocie braku podstaw wykluczenia**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………….

przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na: **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego Biur Powiatowych ARiMR,***,*oświadczam(-y), że na dzień złożenia niniejszego oświadczenia aktualne pozostają informacje zawarte   
w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy tj. nie podlegam(-y) wykluczeniu na podstawie:

1. art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy,
2. art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy,
3. art. 109 ust. 1 pkt 8 ustawy,
4. art. 109 ust. 1 pkt 10 ustawy,
5. 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 (Dz.U. z 2023r. poz. 129, ze zm.).

**Zał. nr 8 do SWZ**

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

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego oraz Biur Powiatowych ARiMR.**

1. Oświadczamy, że nie należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 275) **z żadnym z wykonawców, którzy złożyli odrębną w przedmiotowym postępowaniu** o udzielenie zamówienia publicznego**. \***

1. Oświadczamy, że należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 275) **z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu** o udzielenie zamówienia publicznego\***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu** | **Siedziba** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Jednocześnie na potwierdzenie, że nasza oferta została przygotowana niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej składam następujące informacje i/lub dokumenty:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

\* niepotrzebne skreślić

**Zał. nr 9 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………

**Oświadczenie o podziale obowiązków w trakcie realizacji zamówienia**

*(dotyczy podmiotów wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Działając w imieniu wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, tj.

………………………………………….. przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzone w trybie podstawowym na **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego Biur Powiatowych ARiMR,** oświadczam(-y), że wyszczególnione poniżej usługi zostaną zrealizowane przez następujących wykonawców:

1. Wykonawca ………………………………. (nazwa i adres) wykona następujące usługi w ramach realizacji zamówienia:

* 1. …………………………………………………………..
  2. …………………………………………………………... 3) ………………………………………………………..

1. Wykonawca ………………………………. (nazwa i adres) wykona następujące usługi w ramach realizacji zamówienia:

* 1. …………………………………………………………..
  2. …………………………………………………………... 3) ………………………………………………………..

1. Wykonawca ………………………………. (nazwa i adres) wykona następujące usługi w ramach realizacji zamówienia:

* 1. …………………………………………………………..
  2. …………………………………………………………... 3) …….……………………………………………………..

**Załącznik nr 11 do SWZ**

**Oświadczenia o aktualności informacji w przedmiocie braku podstaw wykluczenia**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………….

przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na: **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego Biur Powiatowych ARiMR,***,*oświadczam(-y), że na dzień złożenia niniejszego oświadczenia aktualne pozostają informacje zawarte   
w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy tj. nie podlegam(-y) wykluczeniu na podstawie:

1. art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy,
2. art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy,
3. art. 109 ust. 1 pkt 8 ustawy,
4. art. 109 ust. 1 pkt 10 ustawy,
5. 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 (Dz.U. z 2023r. poz. 129, ze zm.).