# Załącznik nr 1 do SIWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** | | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | | ***DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU (II)*** | | |
| **Zamawiający** | | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** 64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 | | |
| ***Oferent – pełna nazwa Oferenta,***  ***adres,*** |  | | | |
| ***NIP*** |  | | | |
| ***REGON*** |  | | | |
| ***telefon*** |  | | | |
| ***e-mail*** |  | | | |
| ***Numer KRS*** *(jeżeli dotyczy)* |  | | | |
| ***Adres do korespondencji***  ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):*** |  | | | |
|  | | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 1**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 2**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 3**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 4**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 5**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 6**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 7**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 8**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 9**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 10**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 11**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 12**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 13**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 14**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 15**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 16**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 17**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 18**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 19**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 20**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 21**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 22**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 23**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 24**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 25**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  **ZADANIA 26**  *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**  słownie:………………………………………………………………………………………..……… | | | |
| **TERMIN DOSTAWY**  **- nie dłuższy niż 5 dni roboczych**  *(podlega ocenie zgodnie z SIWZ)* | | | | …………………………. dni robocze |
| **CZAS WYMIANY TOWARU**  **- nie dłuższy niż 5 dni roboczych**  *(podlega ocenie zgodnie z SIWZ)* | | | | …………………………. dni robocze |
|  |  | | | |
| ***Termin płatności*** | | | **60 dni** | |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | | | **18 miesięcy (dot. zad. nr 1-23)** od dnia podpisania umowy  **12 miesięcy (dot. zad. nr 24—26)** od dnia podpisania umowy | |
| **OŚWIADCZENIA:**   1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz we wzorze umowy; 2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy). | | | | |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**   1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..; | | | | |
| **PODWYKONAWCY:**  Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... | | | | |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)* **na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w pkt. 12.7 SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. | | | | |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw** (właściwe zaznaczyć)  **⬜** TAK **⬜** NIE | | | | |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

Oferta została złożona na ....... zapisanych i kolejno ponumerowanych oraz podpisanych stronach.

dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

# Załącznik nr 3 do SIWZ

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA /I SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU |

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

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

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

|  |
| --- |
| **DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU (II)** prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ (nr postępowania NO-ZP.X-240/64/18)

……………………………….……. *(miejscowość),* dnia ……………..…….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ (nr postępowania NO-ZP.X-240/64/18) polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* 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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

|  |
| --- |
| **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU (II)*** przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 i ust. 5 pkt. 1 ustawy Pzp. *(nr postępowania NO-ZP.X-240/64/18)*

…………….…………….. *(miejscowość),* 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 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

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

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………………………………………………………………………………………….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania   
o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* 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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU (II)**

prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

....................................., dnia .....................

*(miejscowość)*

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

*(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Załącznik nr 6 do SIWZ

…………………, ………………………………

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn:

***DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU*** *oświadczam, że:*

posiadam aktualne świadectwa dopuszczające do obrotu medycznego lub wpis do rejestru wyrobów medycznych dla poszczególnych pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia oraz udostępnię dane dokumenty na każde żądanie Zamawiającego (w ciągu 4 dni roboczych).

|  |  |
| --- | --- |
| Numer zadania | Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

…………………………………………………………………………….

*(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*