Załącznik nr 1 do SIWZ

NZP.II-240/67/19

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** *do postępowania NZP.II-240/67/19* | | | | | | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | | | | **DOSTAWA IMPLANTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ENDOPROTEZ (II)** | | | | |
| ***Zamawiający*** | | | | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**  64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 | | | | |
| ***Wykonawca***  ***pełna nazwa,***  ***adres,***  ***NIP***  ***REGON*** | | |  | | | | | |
| ***Nr KRS/CEIDG/inny*** | | |  | | | | | |
| ***telefon*** | | |  | | | | | |
| ***e-mail*** | | |  | | | | | |
| ***Adres do korespondencji***  ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):*** | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | ***OFEROWANA* WARTOŚĆ BRUTTO *ZA WYKONANIE ZADANIA*** | | | | ***KRYTERIA OCENIANE*** | |
| ZADANIE 1  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:…………………………………………………..………  ………………………………………………………………..……… | | | | TERMIN DOSTAW/ UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU) | ………….……. godzin |
| TERMIN WAŻNOŚCI | ………..….……miesięcy |
| ZADANIE 2  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | | TERMIN DOSTAW/ UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU) | ………….………. godzin |
| TERMIN WAŻNOŚCI | ………….….……miesięcy |
| ZADANIE 3  *(podlega ocenie)* | …..……………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | | TERMIN DOSTAW/ UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU) | ………….………. godzin |
| TERMIN WAŻNOŚCI | …………….……miesięcy |
| ZADANIE 4  *(podlega ocenie)* | ………………………………..………………….……………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | | TERMIN DOSTAW/ UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU) | …………..………. godzin |
| TERMIN WAŻNOŚCI | …………..………miesięcy |
| ZADANIE 5  *(podlega ocenie)* | …………….…………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | | TERMIN DOSTAW/ UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU) | …………....……. godzin |
| TERMIN WAŻNOŚCI | ……………..……miesięcy |
| ZADANIE 6  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | | TERMIN DOSTAW/ UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU) | ……….…….……. godzin |
| TERMIN WAŻNOŚCI | …………….……miesięcy |
|  | | | | | | | | |  | TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| ***Termin płatności*** | | | | | **60 dni** | | | |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | | | | | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy | | | |
| **OŚWIADCZENIA:**   1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz w projekcie umowy; 2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz projektem 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 w projekcie umowy). 6. uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty, 7. **posiadamy zezwolenie na prowadzenie działalności uprawniające do obrotu produktami medycznymi, jeżeli przepisy prawa tego wymagają,** | | | | | | | | |
| **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: ...................................................………………..;   1. osobą odpowiedzialną za realizację 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 SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. | | | | | | | | |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw** (właściwe zaznaczyć)  **⬜** TAK **⬜** NIE | | | | | | | | |

Załącznik nr 2 do SIWZ

NZP.II-240/67/19

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY - DOKUMENTY DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

# 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.

***Dostawa implantów ortopedycznych i endoprotez 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 **Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia** nr postępowania **NZP.II – 240/67/19**

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

…………………………………………

*(podpis)*

***PONIŻSZE WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY WYKONAWCA POLEGA NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW***

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w **Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia** nr postępowania **NZP.II – 240/67/19***,* 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. ***Dostawa implantów ortopedycznych i endoprotez II*** prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica w Pile** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt. 12-23 ustawy Pzp oraz art. 24 ust. 5 pkt.1

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

…………………………………………

*(podpis)*

***PONIŻSZE WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY ZACHODZĄ PODSTAWY DO WYKLUCZENIA WYKONAWCY Z POSTĘPOWANIA***

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)*

***PONIŻSZE WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY WYKONAWCA POWOŁUJE SIĘ NA ZASOBY INNEGO PODMIOTU***

**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)*

***PONIŻSZE WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY WYKONAWCA POWOŁUJE SIĘ NA ZASOBY INNEGO PODMIOTU***

*[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

NZP.II-240/67/19

**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.:

***DOSTAWA IMPLANTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ENDOPROTEZ (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\***

**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 5 do SIWZ

NZP.II-240/67/19

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

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

***DOSTAWA IMPLANTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ENDOPROTEZ (II)***

*oświadczam, że:*

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie:** | **Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **6** |  |

Załącznik nr 6 ,6a,6b do SIWZ

NZP.II-240/67/19

**PROJEKTY UMÓW - DOKUMENTY DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**