Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

**POSZWA, POSZEWKA, PRZEŚCIERADŁO, PODKŁAD, KOSZULA SZPITALNA, PIŻAMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **j.m.** | **Ilość na 24 miesiące** | **cena netto za 1 szt.** | **wartość netto** | **stawka VAT** | **cena brutto** | **wartość brutto** |
| 1 | Poszwa 140x200 | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| 2 | Poszwa 160x200 cm | szt. | 940 |  |  |  |  |  |
| 3 | Poszewka 70x80 cm | szt. | 970 |  |  |  |  |  |
| 4 | Poszewka 50x60 | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | Poszewka 40x40 cm | szt. | 110 |  |  |  |  |  |
| 6 | Prześcieradło 140x 200 cm | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 7 | Prześcieradło 140x220 cm | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 8 | Prześcieradło 160x260 cm | szt. | 1 230 |  |  |  |  |  |
| 9 | Podkład 90x220 cm | szt. | 430 |  |  |  |  |  |
| 10 | Koszula szpitalna | szt. | 290 |  |  |  |  |  |
| 11 | Piżama | szt. | 140 |  |  |  |  |  |
| 12 | Piżama dziecięca | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **OGÓŁEM**  **netto** |  |  | **OGÓŁEM**  **brutto** |

Wymogi:

1. Pościel bawełniana, biała, z nadrukiem w kolorze niebieskim ,,Specjalistyczny Szpital im Dr A. Sokołowskiego w Wałbrzychu” , oraz nazwa oddziału przy zamówieniach dla poszczególnych oddziałów. Każda sztuka pościeli oznakowana j.w. , wysokość trzcionki: duża litera 8-10 cm, mała litera 4-5 cm. Nadruk wzdłuż prześcieradła, poszwy, podkładu, poszewki.
2. Dla Oddziału Pediatrycznego pościel w delikatne kolorowe kropki lub wzorki z nadrukiem j.w.
3. Tkanina bawełniana wytrzymała, przeznaczona do częstego prania i dezynfekcji.
4. Poszwa z zakładką w dolnej części 25- 30 cm.
5. Poszewka na poduszkę z zakładką 25-30 cm
6. Koszula szpitalna- bawełna 100%, w kolorze białym wiązana z tyłu na troki, długość za kolana.

Długi, szeroki rękaw. Rozmiary po wcześniejszym uzgodnieniu.

1. Piżama dla dorosłych– góra z długim rękawem, zapinana na guziki, z kołnierzykiem. Spodnie długie, w pasie z gumką. Materiał – flanela lub poliester z bawełną. Rozmiary M, L, XL, XXL, po wcześniejszym uzgodnieniu.
2. Piżama dziecięca – dla dziewczynek i chłopców , rozmiary – S, M.

Dostawy sukcesywne po uprzednim zamówieniu przez Zamawiającego.

**Pakiet nr 2**

**KOC, PODUSZKA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Nazwa | **j.m.** | **ilość**  **na 24 miesiące** | **cena za 1/szt. netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **cena za 1/szt. brutto** | **Wartość brutto** |
| 1. | Koc  Wymiary 160/200 cm  Jednobarwny, średniej grubości. | szt. | 373 |  |  |  |  |  |
| 2. | Koc  Wymiary 160x90  Jednobarwny, średniej grubości | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Poduszka  Wymiary 70x70 cm  Antyalergiczna, wypełnienie – włókno silikonowe,  z możliwością prania do 40° C, kolor biały, materiał poszycia – bawełna. | szt. | 424 |  |  |  |  |  |
| 4. | Poduszka  Wymiary 50x60  Antyalergiczna, wypełnienie – włókno silikonowe,  z możliwością prania do 40° C, kolor biały, materiał poszycia – bawełna. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 5. | Poduszka ,, Jasiek”  Wymiary 40x40 cm  Antyalergiczna, wypełnienie – włókno silikonowe, z możliwością prania do 40° C, kolor biały, materiał poszycia – bawełna. | szt. | 120 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **OGÓŁEM**  **netto** |  |  | **OGÓŁEM**  **brutto** |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

(Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na: **,,Dostawa pościeli z bawełny wielorazowego użytku z nadrukiem dla oddziałów szpitalnych” -**

**- Zp/84/TP/23** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

dla pakietu nr …….. *(należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)*

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: …………………………………………………

……………………………………………………… złotych),

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

1. Gwarantujemy ……. dniowy termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia\*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*)* ***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 przedsiębiorstwo –*** *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.***

*\*(maksymalny termin dostawy dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia 20 dni roboczych)*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na„ Dostawa pościeli z bawełny wielorazowego użytku z nadrukiem dla oddziałów szpitalnych”  - Zp/84/TP/23** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(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. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia 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 (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(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.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „ Dostawa pościeli z bawełny wielorazowego użytku z nadrukiem dla oddziałów szpitalnych”  - Zp/84/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia 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 (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(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.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„ Dostawa pościeli z bawełny wielorazowego użytku z nadrukiem dla oddziałów szpitalnych”  - Zp/84/TP/23**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

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

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą **„ Dostawa pościeli z bawełny wielorazowego użytku z nadrukiem dla oddziałów szpitalnych”  - Zp/84/TP/23** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„ Dostawa pościeli z bawełny wielorazowego użytku z nadrukiem dla oddziałów szpitalnych”  - Zp/84/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*