

Załącznik nr 1 do SWZ

## FORMULARZ OFERTOWY

Złożony w postępowaniu w trybie art. 275 pkt 1 (trybie podstawowym bez negocjacji), którego przedmiotem jest **dostawa rękawiczek jednorazowego użytku (numer sprawy nr SE-407/26/21)**.

Pełna nazwa i adres Wykonawcy\*:

**Uromed Poland s.c. Gerard Maciejewski Sławomir Skuza**

**NIP: 956-228-38-93**

\*w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (Pełnomocnik/Lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną.

Rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca - wstawić "x" we właściwy kwadrat

*mikroprzedsiębiorstwo*

*małe przedsiębiorstwo*

*średnie przedsiębiorstwo*

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Zaznaczyć rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca (w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno):

**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

1. **Składamy nin. ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Oferujemy** dostawę rękawiczek jednorazowego użytku (producent, nazwa handlowa):

**ABOOK, NUGARD NITRIL**

za łączną cenę brutto:

**218 700,00 PLN**

podatek VAT 8%, w wysokości:

<b>16 200,00 PLN</b>
----------------------

3. **Oferujemy** wykonanie, dodatkowo punktowanego parametru termin przydatności na dostawę rękawiczek jednorazowego użytku (określonego w **załączniku nr 2 do SWZ**), na sumę punktów:

<b>20 pkt.</b>
----------------

4. **Oferujemy** wykonanie, dodatkowo punktowanego parametru termin płatności na dostawę rękawiczek jednorazowego użytku (określonego w **załączniku nr 2 do SWZ**), na sumę punktów:

<b>20 pkt.</b>
----------------

5. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
6. **Oświadczamy**, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w odrębnym, odpowiednio oznaczonym pliku – niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. **Oświadczamy**, że czujemy się związani niniejszą ofertą do terminu wskazanego w SWZ załączonym do przedmiotowego postępowania.

**Niniejszy dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.**

**Informacja dla Wykonawcy:** Oferta musi być podpisana przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania wykonawcy. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego winna być podana nazwa, adres, NIP każdego ze współników odrębnie. W przypadku oferty wspólnej należy podać dane ( nr telefonu, nr faxu) dotyczące Pełnomocnika/ Lider Wykonawcy.

Załącznik nr 2 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia – wykaz (numer sprawy: SE-407/26/21).

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa rękawiczek jednorazowego użytku (niejałowych).
2. Zamówienie należy zrealizować w terminie **20 dni** od dnia podpisania umowy.
3. Wszelkie koszty związane z dostawą ponosi Wykonawca.
4. **Wymagania jakościowe.**

Poniższa tabela z parametrami jakościowymi musi wypełnić Wykonawca i dołączyć do oferty.

Parametry podane w tabeli stanowią **minimalne** wymagania graniczne (odcinające), których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Brak wpisu w rubryce „**Wartości wymagane**” zostanie potraktowany jako niespełnienie parametru skutkujące odrzuceniem oferty.

**WYMAGANIA JAKOŚCIOWE**

Wymagania	Warunek graniczny wpisać spełnia/ nie spełnia /podać termin	Wartość wymagana
Producent, Nazwa handlowa rękawic		ABOOK, NUGARD NITRIL
Nr Katalogowy		REK-NITRYL-M-ABOOK REK-NITRYL-L-ABOOK REK-NITRYL-XL-ABOOK
Surowiec		nitryl
Środek pudrujący		brak
Kształt rękawic		uniwersalny, nieodróżniony na dłoń prawą i lewą
Powierzchnia		teksturowane końce palców, mankiet zakończony rolowanym brzegiem
Kolor		dowolny oprócz białego i różowego
Pakowany i dostarczony		w oryginalnych pudełkach kartonowych typu "dyspenser", etykietami spełniającymi wymogi ustawy o wyrobach medycznych
Rozmiar		<b>M</b> – (rozmiar <b>7-8</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego <b>L</b> – (rozmiar <b>8-9</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego

		<b>XL</b> – (rozmiar <b>9-10</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego identyfikowalność rozmiaru na opakowaniu
<b>test przepuszczalności wody AQL</b>		min. 1,5 fabrycznie oznakowane na opakowaniu
<b>Zgodność z normami</b>		EN 455, ISO 374-1, 374-2, 374-4, 374-5
<b>Deklaracje zgodności</b>		deklaracja zgodności na zgodność z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. poz. 2011) <b>lub</b> deklaracja zgodności z wymaganiami dyrektywy 93/42/EWG, <b>lub</b> deklaracja zgodności z wymaganiami rozporządzenia (UE) 2017/745 <b>fabrycznie oznakowane na opakowaniu</b>
		deklaracja zgodności na spełnianie wymagań zasadniczych rozporządzeniem EN 2016/425
<b>Termin przydatności (parametr dodatkowo punktowany):</b> - termin przydatności 36 m-c - 20 pkt. - termin przydatności 24 m-c - 10 pkt. - termin przydatności poniżej 24 m-c – 0 pkt.		54 m-c

#### 5. Wymagania ilościowe:

- 1) **Rozmiar M 1 500 op./po 100 szt.** w opakowaniu, ze względu na ograniczoną objętość schowka w ambulansie,
- 2) **Rozmiar L 2 000 op./po 100 szt.** w opakowaniu, ze względu na ograniczoną objętość schowka w ambulansie,
- 3) **Rozmiar XL 4 000 op./po 100 szt.** w opakowaniu, ze względu na ograniczoną objętość schowka w ambulansie.

#### 6. Termin płatności.

<b>Termin płatności (parametr dodatkowo punktowany):</b> - 30 dni 20 pkt. - poniżej 30 dni 10 pkt.		30 dni
--	--	--------

**Niniejszy dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.**

Załącznik nr 3 do SWZ

Numer sprawy: SE-407/26/21

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.  
Prawo zamówień publicznych

Reprezentując firmę:

**Uromed Poland s.c. Gerard Maciejewski**

**Sławomir Skuza**

**NIP: 956-228-38-93**

w imieniu swoim i reprezentowanej przeze mnie firmy:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. pkt 1-6 ustawy Pzp. \*
2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. 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.

\* niepotrzebne usunąć.

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.**

Załącznik nr 4 do SWZ

Numer sprawy: SE-407/26/21

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY  
KAPITAŁOWEJ  
W ZAKRESIE ART. 108 UST. 1 PKT 5 ustawy**

Reprezentując firmę:

Uromed Poland s.c.

**NIP: 956-228-38-93**

2. Oświadczam/-y, że **nie należę/-my do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w art.108 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019 ze zm.) w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1076 i 1086 ze zm.)\*

\* niepotrzebne usunąć.

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.**