*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Uwaga:** *Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca.*

**Nazwa Wykonawcy** .......................................................................................................................................................

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

**Adres** .....................................................................................................................................................

**siedziba**  ................................................................................................................................................................**tel / fax** .................................................................................................................................................

**nr KRS** ...................................................................................................................

osoba do kontaktów: …………………………………………………………….

lub

**wpisany do ewidencji działalności gospodarczej pod nr** ................., **prowadzonej przez** ..................................................................................................... **w** ....................................

Przedkładam ofertę mojej firmy na przetarg nieograniczony ogłoszony przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu w BZP z dnia ............ pod numerem ...................., obejmujący:

***Dostawa materiałów eksploatacyjnych do terapii nerkozastępczych na bazie systemu Multifiltrate oraz*  *dostawa odczynników i materiałów do analizatorów parametrów krytycznych ABL 90 i AQT 90 Flex***

I. Oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w SWIZ za :

**1. Pakiet I**

1. Cena netto wynosi …………… zł

(słownie: ………………………………………………………………………………….zł)

+ podatek VAT ……%

Cena brutto wynosi …………… zł

(słownie: ………………………………………………………………………………….zł)

1. Termin płatności : …………………….

**2. Pakiet II**

1. Cena netto wynosi …………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….zł)

+ podatek VAT ……%

Cena brutto wynosi …………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….zł)

1. Termin płatności : …………………….

**3. Pakiet III**

1. Cena netto wynosi …………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….zł)

+ podatek VAT ……%

Cena brutto wynosi …………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….zł)

1. Termin płatności : …………………….

**4. Pakiet IV**

* 1. Cena netto wynosi …………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………….zł)

+ podatek VAT ……%

Cena brutto wynosi …………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………….zł)

* 1. Termin płatności : …………………….

II. Oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,

2. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWIZ,

3. zawarte w SWIZ warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego w

III. Części zamówienia, które wykonawca powierzy podwykonawcom ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nazwa podwykonawcy

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

IV. Oświadczamy, że jesteśmy:

- mikro przedsiębiorstwem

- małym przedsiębiorstwem

- średnim przedsiębiorstwem

- dużym przedsiębiorstwem\*

\* właściwe zakreślić

VI. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. ......
* .............................................................................................................................str. .......

Miejscowość ........................................... data .......................

 ............................................................. *(pieczątka i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)*

*Załącznik nr 2*

**FORMULARZ CENOWY**

**Pakiet I**

Materiały eksploatacyjne jednorazowego użytku oraz płyny niezbędne do wykonywania ciągłych konwekcyjno-dyfuzyjnych terapii nerkozastępczych na bazie systemu MULTIFILTRATE firmy Fresenius Medical Care.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp**  | **Nazwa** | **j.m.** | **ilość** | **Cena netto**  | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** | **Producent****Numer katalogowy** |
| **w %** | **w zł** |
| 1 | Worki na filtrat 10 l. z zaworem spustowym | Szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Igły plastikowe typu Spike o długości 72 mm | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Rozdzielacz 2/4 umożliwiający połączenie 4 worków płynu do hemofiltracji/dializy z drenem substytutu/dializatu | Szt. | 75 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Dwukanałowe, silikonowe cewniki do hemofiltracji o średnicy 11,5 Fr o długościach:- 15 cm szyjne/podobojczykowe- 24 cm - udo | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Weglowodanowy dializat o składzie: - potas 2mmol/l- potas 4 mmol/l- sód 133/mmol/l- wapń 0 mmol/l- wodorowęglan 20 mmol/l w dwukomorowych workach 5,0 l  | Szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Zestaw do ciągłej hemodializy z regionalną antykoagulacją cytrynianową – KIT-CiCa składające się z jałowych pakowanych osobno następujących elementów:- zmodyfikowanej kasety integrującej 5 drenów: tętniczyczy, żylny, filtratu, cytrynianu (z końcówką Safe Lock), roztworu wapnia (z igłą „spike” z napowietrzaniem)- hemofiltra z polisulfonową błoną półprzepuszcza;ną o pow. Dyfuzyjnej 1,8 m2- drenu dializatu | Szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 4% Cytrynian sodu w workach 1500 ml | Szt. | 550 |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

Wartość netto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

Wartość brutto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

**Pakiet II**

Odczynniki i materiały zużywalne oraz materiał kontrolny do analizatora AQT 90 FLEX dające możliwość wykonania 850 oznaczeń w okresie 1 roku. Kontrola parametru 2x/tydzień – w tabelę należy wypełnić zgodnie z opisem - gwarancja aparatu do czerwca 2021 rok.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp**  | **Nazwa** | **Liczba badań na 12 miesięcy** | **Wielkość opakowania** | **Niezbędna liczba opakowań** | **Cena netto**  | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** | **Producent numer katalogowy** |
| **w %** | **w zł** |
| 1 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |   | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | 850 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

Wartość netto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

Wartość brutto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

**Pakiet III**

Odczynniki i materiały zużywalne oraz materiał kontrolny do analizatora ABL 90 FLEX dające możliwość wykonania 1 200 oznaczeń w okresie 1 roku. Kontrola analizatora 3x/tydzień – w tabelę należy wypełnić zgodnie z opisem - gwarancja aparatu do czerwca 2021 rok

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp**  | **Nazwa** | **Liczba badań na 12 miesięcy** | **Wielkość opakowania** | **Niezbędna liczba opakowań** | **Cena netto**  | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** | **Producent numer katalogowy** |
| **w %** | **w zł** |
| 1 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |   | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

Wartość netto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

Wartość brutto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

**Pakiet III**

Odczynniki i materiały zużywalne oraz materiał kontrolny do analizatora ABL 90 FLEX dające możliwość wykonania 3600 oznaczeń w okresie 1 roku. Kontrola analizatora 3x/tydzień – w tabelę należy wypełnić zgodnie z opisem – gwarancja aparatu lipiec 2020 rok

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp**  | **Nazwa** | **Liczba badań na 12 miesięcy** | **Wielkość opakowania** | **Niezbędna liczba opakowań** | **Cena netto**  | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** | **Producent numer katalogowy** |
| **w %** | **w zł** |
| 1 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |   | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

Wartość netto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

Wartość brutto:……………………………..

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….)

 *Załącznik nr 3*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

e-mail:…………………………..

fax: …………………………….

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„****Dostawa materiałów eksploatacyjnych do terapii nerkozastępczych na bazie systemu Multifiltrate oraz dostawa odczynników i materiałów do analizatorów parametrów krytycznych ABL 90 i AQT 90 Flex****”.*** *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez *Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu* *(oznaczenie zamawiającego),* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      …………..…………………………………………………..………………………………………….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(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………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* 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)*

 *Załącznik 4*

**Zamawiający:**

***Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej***

***Ul. Sadowa 9***

***06-300 Przasnysz***

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

e-mail: ……………………………..

fax: …………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: *Dostawa materiałów eksploatacyjnych do terapii nerkozastępczych na bazie systemu Multifiltrate oraz dostawa odczynników i materiałów do analizatorów parametrów krytycznych ABL 90 i AQT 90 Flex (nazwa postępowania)* prowadzonego przez *Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu* *(oznaczenie zamawiającego),* 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.
2. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust. 5 pkt. 1) ustawy Pzp .

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

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

 …………………………………………

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy wykluczenia 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 w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia 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 5*

**Zamawiający:**

***Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej***

***Ul. Sadowa 9***

***06-300 Przasnysz***

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

e-mail: …………………………….

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

***Oświadczenie od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych***

***przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. ***Dostawa materiałów eksploatacyjnych do terapii nerkozastępczych na bazie systemu Multifiltrate oraz dostawa odczynników i materiałów do analizatorów parametrów krytycznych ABL 90 i AQT 90 Flex***

 *(oznaczenie zamawiającego),*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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

 *(data, podpis i pieczątka uprawnionego przedstawiciela firmy Wykonawcy)*

\* **W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca składa oświadczenie z adnotacją „nie dotyczy”**

*Załącznik nr 6*

**Zamawiający:**

***Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej***

***Ul. Sadowa 9***

***06-300 Przasnysz***

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

e-mail: …………………………….

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**O którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. ***Dostawa materiałów eksploatacyjnych do terapii nerkozastępczych na bazie systemu Multifiltrate oraz dostawa odczynników i materiałów do analizatorów parametrów krytycznych ABL 90 i AQT 90 Flex***

oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentujemy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Adres** |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

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

 …………………………………………

*(podpis)*

*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*