Załącznik nr 1 do SIWZ

Nr sprawy: 18/2020

Formularz ofertowy wykonawcy w trybie przetargu nieograniczonego

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa....................................................................................................................

Siedziba.................................................................................................................

Nr telefonu/faks......................................................email:.......................................

nr NIP......................................................................................................................

nr REGON...............................................................................................................

email, telefon, fax (dotyczy zaopatrywania się w przedmiot zamówienia) ……………………………………………………………………………..

Dane dotyczące zamawiającego:

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Zobowiązania wykonawcy

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia: Dostawy obłożeń pola operacyjnego, zestawów ambulatoryjnych, serwet, fartuchów.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa (Opis) wyrobu medycznego | Nazwa  handlowa  oferowanego  wyrobu med. | Jednostka miary | Ilość | VAT  % | Cena jedn. netto | Cena jedn. brutto | Wartość  netto | Wartość  brutto | Producent i numer katalogowy oferowanego wyrobu medycznego | Klasa  wyrobu  med. |
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

g x f = h

g x e = i

h x e= j

Cena ogółem netto: ………………………………złotych.

Cena brutto ogółem: ……………………………..złotych.

1. **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia………………….. (podać której grupy dotyczy) za kwotę w wysokości: …………….….złotych netto (słownie: ………… złotych netto), co stanowi ………………. złotych brutto (słownie: ………….. złotych brutto).**
2. **Termin płatności: ……………………………………….**

Wskazanie przez Wykonawcę, części zamówienia, której wykonanie powierzy podwykonawcom **………………….……………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………….**

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

Nazwisko, imię ....................................................................................................

Stanowisko ...........................................................................................................

Telefon...................................................Fax.........................................................

Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą? Tak/Nie\*

\* - nieodpowiednie skreślić

Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego UE? Tak/Nie\*

\* - nieodpowiednie skreślić

Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem UE? Tak/Nie \*

\* - nieodpowiednie skreślić

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

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

Zastrzeżenie wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

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

……..………………………………………..

(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Załącznik nr 3 do SIWZ

Zamawiający:

Szpital św. Anny

32-200 Miechów

ulica Szpitalna 3

Wykonawca:

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

(pełna nazwa/firma, adres)

reprezentowany przez:

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**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 sprzętu i materiałów medycznych do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie”, oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w punkcie X Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

…………….……. (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 punkcie X Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (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 nr 4 do SIWZ

Zamawiający

Szpital św. Anny

32-200 Miechów

ulica Szpitalna 3

Wykonawca:

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

(pełna nazwa/firma, adres)

reprezentowany przez:

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „ Dostawa sprzętu i materiałów medycznych do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie”, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

• Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Prawo zamówień publicznych

• 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. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20). 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 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)

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 do SIWZ

…….…………………………….

Pieczęć Wykonawcy

Nr sprawy:18/2020

**OŚWIADCZENIE**

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy:

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

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

(Nazwa Wykonawcy, adres, ulica)

Oświadczam, że:

NALEŻYMY / NIE NALEŻYMY\* do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2018 r. poz. 798; zm.: Dz. U. z 2018 r. poz. 650), o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Ustawy Prawo zamówień publicznych.

Wraz ze złożeniem oświadczenia wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

\* - niepotrzebne skreślić

…………............................………….

Miejsce i data

………………………………………….

(podpisy osoby lub osób figurujących

w rejestrach, uprawnionych do reprezentacji

Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

Załącznik nr 6 do SIWZ

PROJEKT

UMOWA Nr CRU/…………/2020

zawarta w dniu ………………….. 2020 roku pomiędzy Szpitalem św. Anny, 32-200 Miechów, ulica Szpitalna 3 zwanym dalej „Zamawiającym”, reprezentowanym przez:

Dyrektor – lek. med. Mirosław Dróżdż

a

………………………………………………………………………………………………….. zwanym dalej „Wykonawcą” reprezentowanym przez:

…………………………..

została zawarta umowa następującej treści:

§1

Przedmiotem umowy jest udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z Ustawą Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.) w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy materiałów medycznych zgodnie ze złożoną ofertą do postępowania nr 18/2020.

§2

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 16 lipca 2021 roku.
2. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Zamawiającemuprzysługuje prawo odstąpienia od umowy w przypadku nienależytego jej wykonywania.

§3

Wykonawca zobowiązuje się do:

1. Realizacji dostaw własnym transportem lub przez profesjonalną firmę transportową zapewniających należyte zabezpieczenie przed uszkodzeniem, zgodnie z potrzebami Zamawiającego do magazynu apteki w godzinach pracy apteki szpitalnej.
2. Elastycznego reagowania na zwiększenie lub zmniejszenie potrzeb Zamawiającego w stosunku do danego asortymentu lub całości dostawy.
3. Realizacji zamówień telefonicznych lub pisemnych Zamawiającego bez ograniczeń co do ich asortymentu lub całości dostawy.
4. Dostarczać, rozładowywać oraz rozlokowywać towar w miejscach wskazanych przez zamawiającego. Koszt dostawy pokrywa Wykonawca.
5. Realizacji zamówienia w ciągu trzech dni roboczych (tj. od poniedziałku do piątku) lub w terminie uzgodnionym przez Zamawiającego.

§4

1. W przypadku braku możliwości wywiązania się z terminu dostawy, Wykonawcajest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o powyższym Zamawiającego.
2. W przypadku realizacji zamówienia niezgodnego z ofertą (producent i nr katalogowy), Zamawiającemuprzysługuje prawo odmowy przyjęcia towaru i reklamacji. Wykonawcajest zobowiązany do odbioru na własny koszt towaru w terminie dwóch dni roboczych.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do złożenia reklamacji w przypadku dostaw towarów niezgodnych z ofertą na podstawie, której została zawarta umowa oraz w przypadku ujawnienia wad ukrytych towaru.
4. Reklamacja towaru wadliwego (niezgodna z ofertą) będzie składana pisemnie, telefonicznie lub faksem i rozpatrzona przez Wykonawcę zamówienia w terminie do 7 dni.
5. W przypadku wystąpienia wad jakościowych i/lub ilościowych Wykonawca zobowiązany jest wymienić towar wadliwy na wolny od wad i/lub uzupełnić niedobór ilościowy w ciągu 3 dni od dnia złożenia przez Zamawiającego reklamacji.
6. Dostarczany towar musi spełniać warunki dopuszczenia do obrotu oraz posiadać termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy licząc od momentu dostawy.
7. Przedmiot zamówienia posiada aktualne świadectwa dopuszczenia do obrotu na rynku polskim (Rejestr Wyrobów Medycznych), oraz jest oznaczony znakiem zgodności CE dla którego wystawiono deklarację zgodności.
8. Na pisemne żądanie Zamawiającego Wykonawcadostarczy w terminie 7 dni wymagane prawem dokumenty właściwe dla przedmiotu zamówienia.
9. Na każdej partii towaru muszą znajdować się etykiety umożliwiające oznaczenie towaru, co do tożsamości.

§5

1. W przypadku braku zamawianego materiału medycznego w magazynie Wykonawcy w całości lub tylko w niektórych pozycjach zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest każdorazowo do uzgodnienia z zamawiającym zamiany brakującego materiału medycznego na inny tożsamy (inny producent, nr katalogowy) w cenie towaru z umowy, a gdy Wykonawca nie posiada towaru z umowy, ani też jego zamiennika (inny producent i nazwa handlowa, odpowiadający potrzebom zamawiającego w cenie towaru z umowy) przysyła oświadczenie o jego braku, a Zamawiający zastrzega sobie prawo zakupu u innego sprzedającego.
2. W przypadku konieczności zakupu materiału medycznego objętego przedmiotem umowy u innego sprzedającego za wyższą cenę niż wynikająca z niniejszej umowy Zamawiający ma prawo obciążyć różnicą ceny Wykonawcę.

§6

1. Strony ustalają zgodnie asortyment przedmiotu umowy oraz ceny zawarte w załączniku nr 1 do umowy stanowiącym jej integralną część.
2. W przypadku gdy potrzeby będą niższe od zakładanych Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany zamówienia o -20% (słownie: minus dwadzieścia procent) ilości zamówienia i zostanie podpisany Aneks do umowy.
3. W przypadku gdy zajdzie konieczność zwiększenia przedmiotu zamówienia, to łączna wartość zmian nie może przekroczyć 10% wartości zamówienia określonej w umowie(art. 144 ust. 1 pkt 6 ustawy). Zwiększenie wymaga formy pisemnej w postaci Aneksu.
4. W cenach jednostkowych brutto określonych w załączniku nr 1 zawarte są wszelkie koszty związane z dostawami tj. transport, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostaw, podatek VAT, cło, itp.
5. Dostawca jest zobowiązany zachować ceny ustalone w załączniku nr 1 paragrafu przez okres obowiązywania umowy za wyjątkiem przypadków od Wykonawcy niezależnych takich jak zmiana cen urzędowych i zmiana podatku VAT, których zmiana następuje z mocy prawa. Zmiany cen każdorazowo należy uzgodnić na piśmie (aneks).
6. Nie dopuszcza się wzrostu ceny jednostkowej z powodu zmiany ceny producenta.

§7

1. Zamawiający dokona zapłaty po dostarczeniu przedmiotu umowy w terminie ….. dni od daty dostarczenia faktury VAT. Zapłata nastąpi przelewem na wskazany przez Dostawcę rachunek po otrzymaniu dostawy i doręczenia faktury VAT. Z tytułu opóźnienia w zapłacie Wykonawca może naliczyć odsetki w wysokości ustawowej.
2. Wykonawcanie może bez pisemnej zgody Dyrekcji Szpitalaprzenieść wierzytelności wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią.
3. Zamawiający upoważnia Wykonawcę do wystawiania faktur VAT bez jego podpisu za dostarczony przedmiot zamówienia.

§8

Osoby występujące w imieniu Zamawiającego w okresie realizacji umowy: kierownik apteki szpitalnej

§9

Dostawca zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej z tytułu nieterminowej dostawy zamówionej partii materiałów medycznych w kwocie stanowiącej 1,0% (jeden procent) ich wartości brutto za każdy dzień zwłoki. To samo dotyczy zwłoki spowodowanej dostawą przedmiotu z wadami.

§10

W przypadku roszczeń związanych z niniejszą umową sprawy będą rozstrzygane przez Sąd Powszechny właściwy ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§11

1. Wszelkie zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
3. Integralną częścią umowy jest specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz złożona oferta.

§12

Umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla wykonawcy trzy dla zamawiającego.

Zamawiający: Wykonawca