Nr sprawy: 43/2020

Załącznik nr 1do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

PRZERARG NIEOGRANICZONY

Dane dotyczące Wykonawcy:

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

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

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

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

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

Dane dotyczące zamawiającego

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

kod 32-200 Miechów

Zobowiązania wykonawcy

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia:

Dostawy nici chirurgicznych i siatek przepuklinowych dla Szpitala św. Anny w Miechowie.

1.Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia (oddzielna tabela dla każdej grupy) za następujące ceny:

Grupa nr ……

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia /opis-parametry oferowanych nici/ | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostk. netto | VAT  % | Cena jednostk. brutto | Wartość  netto | Wartość  brutto | Produ- cent, kod,nr katal. |
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j |

d x e = h

d x g = i

e x f = g

**OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia (podać której grupy dotyczy - każdej z osobna) za kwotę w wysokości:** ………….złotych netto (słownie: ………… złotych netto ), co stanowi ……………. złotych brutto (słownie: ………….. złotych brutto).

2.Termin płatności: ……………………………………

3.Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

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

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

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

4. Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą? Tak/Nie

\* - nieodpowiednie skreślić

5. Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego UE? Tak/Nie

\* - nieodpowiednie skreślić

6. Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem UE? Tak/Nie

\* - nieodpowiednie skreślić

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

8.Oświadczam, że akceptuje projekt umowy.

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Rozdziałem XXVII SIWZ „Ochrona danych osobowych”.

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

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

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

Zastrzeżenie wykonawcy:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

Załącznik nr 3 do SIWZ

Zamawiający:

Szpital św. Anny

32-200 Miechów

ul. 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. „ Dostawy nici chirurgicznych i siatek przepuklinowych dla 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 SIWZ

Zamawiający

Szpital św. Anny

32-200 Miechów

ul. 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. „Dostawy nici chirurgicznych i siatek przepuklinowych dla 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: 43/2020

**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 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), 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 CRU/ /2020

zawarta w dniu ………………………… 2020 roku w Miechowie 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

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych ( tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm. ) w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy nici chirurgicznych i siatek zgodnie ze złożoną ofertą do postępowania nr **43/2020**.

§2

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. **od 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r.**
2. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy z zachowaniem jedno miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§3

Wykonawca zobowiązuje się do:

1. Realizacji dostaw własnym transportem lub za pośrednictwem profesjonalnej firmy przewozowej zapewniającym 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. Realizacji zamówienia w ciągu 72 godzin (trzech dni roboczych), lub terminie uzgodnionym przez Zamawiającego.
5. Przyjmowania reklamacji ( w tym również zwrot towaru) do 7 dni po dostawie.
6. Realizowania reklamacji w ciągu 10 dni od daty otrzymania reklamacji.

§4

1. W przypadku braku zamawianego towaru w magazynie Wykonawcy w całości lub tylko w niektórych pozycjach zamówienia, Wykonawca natychmiast prześle oświadczenie o jego braku ( fax, email), a Zamawiający zastrzega sobie prawo zakupu u innego sprzedającego.
2. W przypadku konieczności zakupu towaru objętego przedmiotem umowy u innego sprzedającego za wyższą cenę niż wynikająca z niniejszej umowy Zamawiający ma prawo obciążyć różnicą ceny Wykonawcę.
3. Dostarczany towar musi spełniać warunki dopuszczenia do obrotu, oraz posiadać termin ważności nie krótszy niż 6 miesięcy.

§5

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 zmniejszenia wartości zamówienia o wielkość stosownie do jego potrzeb lub o maksymalnie 20%, co nie będzie stanowić podstaw do roszczeń Wykonawcy.
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).
4. W cenach jednostkowych brutto określonych powyżej zawarte są wszelkie koszty związane z dostawami tj. transport, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostaw, podatek VAT, cło, itp.
5. Wykonawca jest zobowiązany zachować ceny ustalone powyżej przez okres obowiązywania umowy.
6. Zmiany cen dostarczanych asortymentów mogą być dokonywane wyłącznie w przypadku zmiany cen urzędowych oraz stawek podatku VAT, których zmiana następuje z mocy prawa co każdorazowo zostanie uzgodnione z Zamawiającym na piśmie.

§6

1. Zamawiający dokona zapłaty po dostarczeniu przedmiotu umowy w terminie …. dni od daty dostarczenia faktury VAT.Zapłata nastąpi przelewem na wskazany przez Wykonawcę rachunek: …………………………………………………………………………….. .
2. Za datę dokonania zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.
3. Wykonawca nie może bez zgody Zamawiającego przenieść wynikających z niniejszej umowy wierzytelności na osoby trzecie(zakaz cesji), chyba, że Zamawiający zalega z zapłatą powyżej trzech miesięcy za fakturę, wierzytelność, z której objęta jest cesją.

§7

Osobą występującą w imieniu Zamawiającego w okresie realizacji umowy jest Kierownik apteki szpitalnej.

§8

Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej z tytułu nieterminowej dostawy zamówionej partii nici chirurgicznych w kwocie stanowiącej 0,1%(jedna dziesiąta) ich wartości brutto za każdy dzień zwłoki. To samo dotyczy zwłoki spowodowanej dostawą przedmiotu z wadami.

§9

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

§10

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 specyfikacja istotnych warunków zamówienia.

§11

Niniejszą umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, trzy dla Zamawiającego, jedna dla Wykonawcy.

Zamawiający: Wykonawca:

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Zamawiający:**

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Telefon: 41 38 20 333

**Nr sprawy: 43/2020**

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE WYROBÓW MEDYCZNYCH**

działając w imieniu Wykonawcy:

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

*(podać nazwę i adres Wykonawcy)*

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn „Dostawa nici chirurgicznych oraz siatek przepuklinowych dla potrzeb Szpitala św. Anny w Miechowie.” oświadczam, że zaoferowane produkty spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. O wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 186 ze zm.), a ponadto jako Wykonawca jestem gotowy w każdej chwili potwierdzić to poprzez przesłanie kopii odpowiedniej dokumentacji \* / nie są wyrobem medycznym. \*

\* - niepotrzebne skreślić

……………………………………

(podpisy osoby lub osób figurujących

w rejestrach, uprawnionych do reprezentacji

Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)