Załącznik nr 1 do SIWZ

…………….. , dnia ………….

Nr sprawy: 24/2020

Formularz ofertowy wykonawcy w trybie przetargu nieograniczonego

**Dane dotyczące wykonawcy:**

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

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

Nr telefonu/faks...................................................e-mail........................................

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

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

**Dane dotyczące zamawiającego**

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

1. Ja niżej podpisany(a), ..............................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz firmy.............................................................................................

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

zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia:

Świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwienia odpadów medycznych Szpitala św. Anny w Miechowie.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Odbiór, transporti unieszkodliwianie odpadów medycznych o kodach: | Cena  netto za 1 kg | Ilość odpadów  w okresie  12 miesięcy | Wartość  netto | Stawka  VAT  w % | Wartość  VAT | Wartośćbrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 | 6 | 7=5x6 | 8=5+7 |
| 1 | 180101 |  | 15 |  |  |  |  |
| 2 | 180102\* |  | 850 |  |  |  |  |
| 3 | 180103\* |  | 50000 |  |  |  |  |
| 4 | 180104 |  | 3300 |  |  |  |  |
| 5 | 180106\* |  | 10 |  |  |  |  |
| 6 | 180109 |  | 10 |  |  |  |  |
| Razem 1 - 6 | | | |  |  |  |  |

Termin płatności: …………………………………………

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*

3.Oświadczamy, że:

* W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena rażąco niska, w tym dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji.
* Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacja zamówienia.
* Część zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom ………………………………………….………... w następującym zakresie ……………………………………………………………... (wypełnić jeżeli dotyczy).
* Akceptujemy projekt umowy i zobowiązujemy się do jej zawarcia (lub na warunkach nie gorszych) w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* Jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni kalendarzowych, liczonych od terminu składania ofert.
* Zapoznaliśmy się ze SIWZ i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.

4.Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

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

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

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

5. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

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

6. Zastrzeżenie wykonawcy:

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

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

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

(imię i nazwisko)

Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

\*- niepotrzebne skreślić,

Załącznik nr 2 do SIWZ

* + - * 1. Przedmiotem zamówienia jest odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych o kodach grupy „18”.
        2. Usługa winna być realizowana w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, w tym zwłaszcza:

1. Ustawa z dnia 14.12.2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013, poz. 21 z późn. zm.),
2. Rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie szczegółowych wymagań transportu odpadów (Dz.U.2016 poz.1742)
3. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. 2014, poz.1923),
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.10.2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz.U. 2016 r., poz. 1819),
5. Rozporządzenie Ministra środowiska w sprawie szczegółowego postepowania z odpadami medycznymi (Dz.U.2017 poz. 1975)
   * + - 1. Przedmiot zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kod odpadu | Nazwa odpadu | Orientacyjna ilość kg/rok | Niezbędna ilość pojemników |
| 1 | 180101 | narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 180103) | 15 | - |
| 2 | 180102\* | części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 180103) | 850 | 1 |
| 3 | 180103\* | inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o którym wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, pampersy, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 180180 i 180182 | 50000 | 5 |
| 4 | 180104 | inne odpady niż wymienione 180103\* | 3300 | 1 |
| 5 | 180106\* | chemikalia, w tym odczynniki chemiczne zawierające substancje niebezpieczne (np. opakowania po formaldehydzie) | 10 | - |
| 6 | 180109 | leki inne niż wymienione w kodzie 180108\* | 10 | - |

Częstotliwość odbioru: poniedziałek, środa, piątek.

Lokalizacja miejsca odbioru: magazyn odpadów medycznych ul. Szpitalna 3.

* + - * 1. Wykonawca zobowiązany jest świadczyć usługę zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach, w tym zgodnie z regulacjami przywołanej ustawy w myśl jej art. 20. \_@KON@\_
        2. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana do świadczenia usługi zapewni niezbędną ilość pojemników do gromadzenia wytwarzanych odpadów z poszczególnych komórek organizacyjnych. Pojemniki na odpady medyczne będą umieszczone w magazynie do czasowego przechowywania odpadów medycznych. Pojemniki winy mieć szczelne pokrywy oraz rozmiar umożliwiających ich swobodny transport do magazynu (szerokość drzwi – 155 cm). Do pojemników będą gromadzone odpady z poszczególnych komórek organizacyjnych.
        3. Odpady będą odbierane sukcesywnie, jednak nie rzadziej niż trzy razy w tygodniu z magazynu do czasowego przechowywania odpadów medycznych.Odbiór ma się odbywać zgodnie z kartą odpadów (data, kod odpadu, waga, podpisy, miejsce utylizacji) w obecności dwóch stron (pracownik wykonawcy i pracownik obsługi Zamawiającego).
        4. Wykonawca zobowiązany jest posiadać wagę z ważnym badaniem legalizacyjnym. Na każde żądanie zamawiającego Wykonawca jest zobowiązany okazać ważne badanie z legalizacji wagi na której będą ważone odpady przy odbiorze od Zamawiającego. W dniu odbioru odpadów Wykonawca usługi winien dostarczyć Zamawiającemu papierowy wydruk z wagi elektronicznej (lub wydruk innego rodzaju wagi, która posiada ważne badanie legalizacyjne) oraz potwierdzić przejęcie odpadów w karcie przekazania odpadów.
        5. Wykonawca bez zgody Zamawiającego nie zmieni firmy podwykonawczej.
        6. Zamawiający wymaga aby usługa stanowiąca przedmiot zamówienia wykonywana była w sposób rzetelny, zgodny z przepisami prawa i powodowała jak najmniejsze zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi oraz środowiska naturalnego.
        7. Wykonawca zapewnia transport odpadów medycznych do miejsca ich unieszkodliwiania, z zachowaniem przepisów Rozporządzenia Ministra środowiska w sprawie szczegółowych wymagań transportu odpadów Dz.U 2016 poz. 1742
        8. Za załadunek, transport i unieszkodliwianie odpadów odpowiada Wykonawca przed Zamawiającym i wszystkimi organami nadzoru i kontroli w związku z realizowaną usługą.
        9. Odpady odbierane przez Wykonawcę będą transportowane/dostarczane do zakładu termicznego przekształcania bez przepakowywania bądź dodatkowego pakowania.
        10. Wykonawca każdorazowo zobowiązany jest do całkowitego opróżnienia magazynu Zamawiającego, również w przypadku wystąpienia uszkodzonych worków z odpadami.
        11. Wykonawca zobowiązany jest do pozostawienia miejsca, z którego odbiera odpady w należytym porządku (np. sprzątając pozostałości z ewentualnie rozerwanych worków, ustawiając puste pojemniki).
        12. W przypadku pozostawienia nieuporządkowanego miejsca odpadów po ich odbiorze, za przysłanie środka transportu bez wagi lub za każdy dzień opóźnienia w odbiorze odpadów medycznych Wykonawca będzie zobowiązany zapłacić Zamawiającemu kary umowne w wysokości określonej w umowie.
        13. Wykonawca ponosi wszystkie koszty związane z odbiorem, transportem i utylizacją odpadów medycznych. Z chwilą odbioru odpadów Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za ich unieszkodliwienie.

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. „Odbiór, transport i przetwarzanie/unieszkodliwianie odpadów medycznych”, 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. „Odbiór, transport i przetwarzanie/unieszkodliwianie odpadów medycznych ”, 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:24/2020

**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)

PROJEKT

Załącznik nr 6 do SIWZ

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:

……………………………………….

następującej treści:

§1

Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych w trybie przetargu nieograniczonego na odbiór, transport przez Wykonawcę i unieszkodliwienie lub oddanie do unieszkodliwienia poprzez spalenie odpadów pochodzących z działalności służb medycznych wytwarzanych w Szpitalu św. Anny w Miechowie o kodach grupy „18”. Zgodnie ze złożoną ofertą do postępowania 24/2020.

§2

1. Wykonawca zobowiązany jest świadczyć usługę zgodnie z następującymi przepisami:

* Prawo Ochrony Środowiska z 27 kwietnia 2001 roku (Dz. U. 2001.62.627 z dnia 20 czerwca 2001 z późniejszymi zmianami),
* Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 roku w sprawie katalogu odpadów – Dz. U. Nr 112, pozycja 1206. z późniejszymi zmianami),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2010 w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi Dz. U. nr 139 , poz. 940,
* Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. 2013r. poz.21).
* Wykonawca oświadcza, że uprawniony jest do prowadzenia działalności określonej w §1 na podstawie właściwych przepisów prawa tym przepisów, o których mowa w §2 ust. 1 umowy.

§3

Wykonawca potwierdza, że odpady objęte niniejszą umową będą transportowane i unieszkodliwiane w sposób określony w właściwych decyzjach (zezwoleniach) szczegółowo wymienionych w ofercie wykonawcy z dnia …………….. stanowiącą integralna część niniejszej umowy.

§4

* 1. Odpady odbierane będą sukcesywnie nie rzadziej niż co 72 godziny z użyciem posiadanych przez Wykonawcę środków transportu, w pojemnikach typu „Kontener”, obsługiwanych przez upoważnionego pracownika Wykonawcy.
  2. Wykonawca na okres świadczenia usługi zapewni pojemniki typu „Kontener” do gromadzenia wytwarzanych odpadów.
  3. Pojemniki na odpady będą myte i dezynfekowane przez Wykonawcę po każdym odbiorze odpadów zgodnie z wymaganiami zawartymi w przepisach w tym zakresie.

§5

Wykonawca przejmuje ciążące na Zamawiającym obowiązki wynikające z obowiązujących w Polsce przepisów o gospodarce odpadami i ochronie środowiska od chwili odbioru odpadów do chwili ich unieszkodliwienia.

§6

Dowodem przyjęcia odpadów przez Wykonawcę będzie pisemne potwierdzenie odbioru, a także dostarczony wydruk wagi oraz przekazana karta odpadów.

§7

Za usługi objęte umową Wykonawca będzie pobierał od Zamawiającego wynagrodzenie wynikające ze złożonej oferty przetargowej w kwocie …………… złotych netto za jeden kilogram odpadów z grupy „18” (słownie: ……………….złotych) co stanowi ……………. złotych brutto, płatne przelewem na konto w ciągu ………… dni od daty otrzymania faktury. Faktury będą wystawiane na koniec miesiąca kalendarzowego.

1. Za datę dokonania zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.
2. Wykonawca zachowuje stałość cen przez okres trwania umowy, z zastrzeżeniem że wykonawcy przysługuje po zakończeniu każdego roku kalendarzowego począwszy od 2021 roku raz w roku prawo waloryzacji ceny o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w minionym roku wg komunikatu GUS. O zamiarze skorzystania z uprawnienia do waloryzacji ceny Wykonawca zawiadamia Zamawiającego na piśmie po opublikowaniu komunikatu GUS. Zmiana cen następuje od miesiąca następnego po otrzymaniu zawiadomienia Wykonawcy o skorzystaniu z uprawnienia waloryzacji ceny. Pierwsza waloryzacja może nastąpić po 1 stycznia 2021 roku.

§8

* + - * 1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres 12 miesięcy, tj. od 01 września 2020 roku do 31 sierpnia 2021 roku.
        2. Umowa może być wypowiedziana w formie pisemnej z zastosowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego na koniec miesiąca kalendarzowego.

§9

Zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy, pod rygorem nieważności, wymagają formy pisemnej.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawa o gospodarce odpadami i ochronie środowiska.

Integralną częścią umowy jest Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia i złożona w trakcie postępowania przez Wykonawcę oferta.

§10

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne
   1. za nieterminowy odbiór odpadów w wysokości 1,0 % opłat za miesiąc ubiegły, za każdy dzień zwłoki,
   2. za odstąpienie od umowy z winy Wykonawcy 10% opłat za ostatnie trzy miesiące.
2. Kary umowne mogą być potrącone z należnego Wykonawcy wynagrodzenia.

§11

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

Zamawiający: Wykonawca: