Załącznik nr 1do SIWZ

…………….. , dnia ………….

Nr sprawy: 17/2020

Formularz ofertowy wykonawcy w trybie przetargu nieograniczonego

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

Dane dotyczące wykonawcy:

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

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

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

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

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

Dane dotyczące zamawiającego

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia:

**Dostawy leków do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie.**

Grupa nr…….. (wpisać której grupy dotyczy).

1.Oferujemy dostawę za kwotę ……………… złotych netto, co stanowi …………. złotych brutto.

2.Termin płatności: …….

Poniżej podajemy zestawienie cen za poszczególne pozycje przedmiotu zamówienia w ujęciu tabelarycznym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa materiału gumowego/przedmiotu zamówienia/ | Jed. miary | Cena jedn. netto | VAT | Cena jedn. brutto | Ilość | Wartość netto | Wartość  brutto | Producent |
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j |

d x e = f

d x g = h

f x g = i

Łączna wartość brutto oferty to suma kolumny „i”.

Termin realizacji zamówienia: od daty podpisania umowy do 20 stycznia 2020 roku.

Akceptuje projekt umowy.

Termin związania z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

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

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

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

Zamówienie zrealizujemy sami/ przy udziale Podwykonawców\*.

*\* - nieodpowiednie skreślić*

Podwykonawcom zamierzamy powierzyć do wykonania następujące zakresy zamówienia:

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

*(opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)*

Podwykonawcą będzie firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(należy wpisać nazwę i dane adresowe podmiotu).*

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*

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

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. „**Dostawy leków 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. „**Dostawy leków 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 5do SIWZ

…….…………………………….

Pieczęć Wykonawcy

Nr sprawy:17/2020

**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

Przedmiotem umowy jest udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę leków do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie zgodnie ze złożoną ofertą do postępowania nr **17/2020**).

§2

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. od daty podpisania umowy do 20 stycznia 2021 rok.
2. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§3

Wykonawca zobowiązuje się do:

1. Realizacji dostaw własnym transportem lub transportem profesjonalnej firmy 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 dniu następnym, lub w terminie uzgodnionym przez Zamawiającego.
5. Przyjmować reklamacje (w tym również zwrot towaru) do 7 dni po dostawie.

§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, Zamawiającemuprzysługuje prawo odmowy przyjęcia towaru. Wykonawcajest zobowiązany do odbioru na własny koszt towaru w terminie dwu 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 będzie składana 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 każdej partii towaru muszą znajdować się etykiety umożliwiające oznaczenie towaru, co do tożsamości.
9. W przypadku braku zamawianego towaru w magazynie Wykonawcy w całości , lub tylko w niektórych pozycjach zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest każdorazowo załączyć do faktury oświadczenie o jego braku, a Zamawiający zastrzega sobie prawo zakupu u innego sprzedającego.
10. 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.
11. W przypadku okresowego braku przedmiotu zamówienia w magazynie Wykonawcy, dopuszcza się możliwość okresowej zmiany przedmiotu zamówienia o zbliżonych parametrach, ale za zgodą Zamawiającego.

§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 inne od zakładanych Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany wartości zamówienia o (+ -) 20 % (słownie: dwadzieścia procent).
3. 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.
4. Wykonawca jest zobowiązany zachować ceny ustalone powyżej przez okres obowiązywania umowy.
5. 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.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.

§6

1. Zamawiający dokona zapłaty po dostarczeniu przedmiotu umowy w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT. Zapłata nastąpi przelewem na wskazany przez Wykonawcy rachunek. Za datę dokonania zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.
2. 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 przedmiotu zamówienia 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 oraz złożona oferta.

§11

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

Zamawiający: Wykonawca: