Nr postępowania: ZP/29/2020/PN/GRANT ***Załącznik nr 1 do SIWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamawiający:** | **Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica** | | | | |
| **Nazwa Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:** | | |  | | |
| **Adres Wykonawcy:** | **Ulica, nr domu / nr lokalu:** | |  | | |
| **Miejscowość i kod pocztowy:** | |  | | |
| **Województwo:** | |  | **Kraj:** |  |
|
| **NIP:** |  | | **REGON:** |  | |
|
| **Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorcą 1** | **□ TAK □ NIE** | | | | |
| *(zaznaczyć właściwe)* | | | | |
| **Adres do korespondencji**: |  | | | | |
| *(jeżeli jest inny niż podany powyżej)* |
| **Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:** |  | **Telefon:** | |  | |
| **e-mail:** | |  | |

*Definicja zgodnie z ustawą Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018 r. (Dz.U.2019.1292 t.j.)*

1. W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego - Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej, Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica - przetargu nieograniczonego pn. **Zakup sprzętu medycznego, wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków do dezynfekcji rąk oraz szafek i regałów na sprzęt medyczny w ramach projektu „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19”** :
2. składam ofertę zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZ oraz zestawieniem parametrów na następujące zadania (dot. zadań 1-7):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto PLN** | **Wartość netto PLN** | **VAT %** | **Wartość brutto PLN** | **Okres gwarancji \***  *(w miesiącach)*  **[kryterium 2 oceny ofert]** | **Termin dostawy\***  (w tygodniach)  **[kryterium 3 oceny ofert]**  *.* |
| 1 | Defibrylator z wyposażeniem | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Łóżko OIOM wraz z materacem | 6 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Szafki i regały na sprzęt medyczny z blatami do sporządzania leków | 2 kpl. |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw do trudnej intubacji | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Chłodnia laboratoryjna | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Materace przeciwodleżynowe | 10 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Nebulizator | 2 szt. |  |  |  |  |  |  |

*\* należy wskazać terminy zgodnie z zasadami określonymi w Rozdz. XIV SIWZ.*

1. składam ofertę zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZ oraz formularzem asortymentowo-cenowym na następujące zadania (dot. zadań 8-12):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Rodzaj sprzętu** | **Wartość brutto PLN** | **Termin dostawy \*\***  (w tygodniach)  **[kryterium 2 oceny ofert]** |
| 8 | Ubrania operacyjne |  |  |
| 9 | Czepki jednorazowe |  |  |
| 10 | Rękawice |  |  |
| 11 | Środki do dezynfekcji rąk |  |  |
| 12 | Fartuchy barierowe wzmocnione niesterylne |  |  |

*\*\* należy wskazać terminy zgodnie z zasadami określonymi w Rozdz. XIV SIWZ.*

1. Oświadczam/my, że dostawy dotyczące przedmiotu zamówienia **będą prowadzić/ nie będą prowadzić** ***(niepotrzebne skreślić)*** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (W przypadku potwierdzenia, że dostawy dotyczące przedmiotu zamówienia będą prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, podana powyżej w pkt 1 cena jest ceną netto)*.*
2. Zamówienie wykonamy sami/z udziałem podwykonawcy (podwykonawców) *– niepotrzebne skreślić*

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

(jeżeli dotyczy – należy wskazać zakres prac powierzony podwykonawcy/podwykonawcom)

1. Akceptuję wzór umowy i w razie wybrania oferty zobowiązuję się do podpisania umowy.
2. Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami przetargu zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania umowy.
4. Uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Nr konta bankowego, na które należy zwrócić wadium *(jeśli dotyczy)*: …………………………………………………………………………..
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (\*\*\*)

(1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

(\*\*\*)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 nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego skreślenie i dopisanie nie dotyczy).

……………………………..

Podpis Wykonawcy

Nr postępowania: ZP/29/2020/PN/GRANT ***Załącznik nr 4 do SIWZ***

**Zamawiający:**

Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

Wykonawca: ………………………..……………………………………………………………..

**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. Zakup sprzętu medycznego, wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków do dezynfekcji rąk oraz szafek i regałów na sprzęt medyczny w ramach projektu „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19”**,oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 oraz ust. 5 pkt. 1) ustawy PZP.

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

……………………………..

Podpis Wykonawcy

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 lub art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:

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

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

…………………………………………

*(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.

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

……………………………..

Podpis Wykonawcy

Nr postępowania: ZP/29/2020/PN/GRANT ***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**Wykonawca:**

…………………………………………..

…………………………………………...

*(nazwa i adres)*

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności  
do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
**pn. Zakup sprzętu medycznego, wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków do dezynfekcji rąk oraz szafek i regałów na sprzęt medyczny w ramach projektu „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19”**, oświadczam, co następuje:

**□** w zakresie zadania/zadań nr …………….**NIE należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.2020.1076 t.j.) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu\*

**□** w zakresie zadania/zadań nr ……………. **należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.2020.1076 t.j.), z innym Wykonawcą: ………………………………………………………………………………………………,

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu. \*

**□** W tym przypadku załączam dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*.

*\* właściwe zaznaczyć* ***X***

……………………………..

Podpis Wykonawcy

Nr postępowania: ZP/29/2020/PN/GRANT ***Załącznik nr 6 do SIWZ***

**Wykonawca:**

…………………………………………..

…………………………………………...

*(nazwa i adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
**pn. Zakup sprzętu medycznego, wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków do dezynfekcji rąk oraz szafek i regałów na sprzęt medyczny w ramach projektu „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19”***,* oświadczam, że:

oferowane produkty są dopuszczone do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 o wyrobach medycznych (Dz.U.2020.186 t.j.) i posiadają stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez prawo.

……………………………..

Podpis Wykonawcy