Nr postępowania: ZP/5/2017

Załącznik nr 1 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

<table>
<tr><td>Zamawiający:</td><td colspan="4">Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nazwa Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Adres Wykonawcy:</td><td>Ulica, nr domu / nr lokalu:</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Miejscowość i kod pocztowy:</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Województwo:</td><td></td><td>Kraj:</td><td></td></tr>
<tr><td>NIP:</td><td></td><td>REGON:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorcą [1]</td><td colspan="4">☐ TAK ☐ NIE
(zaznaczyć właściwe)</td></tr>
<tr><td>Adres do korespondencji:
(jeżeli jest inny niż podany powyżej)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:</td><td rowspan="2"></td><td>Telefon:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>e-mail:</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

……
(podpis)

[1] *Definicja zgodnie z ustawą z dn. 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.2016.1829 t.j.),*

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zadania, pn.:

„Dostawa produktów leczniczych z podziałem na 20 pakietów dla Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy"

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w SIWZ (wymienić poszczególne pakiety, na które Wykonawca składa ofertę):

Nr pakietu	**Wartość brutto PLN pakietu** (Kryterium nr 1)	**Termin dostawy w godzinach** (Kryterium nr 2)
Pakiet 1		
Pakiet 2		
Pakiet …..		

2. Termin wykonania zamówienia: **18 miesiący** od dnia podpisania umowy.
3. Warunki płatności: przelew w terminie 60 dni, licząc od daty otrzymania faktury za dany miesiąc rozliczeniowy.
4. Okres gwarancji: *nie dotyczy*
5. 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).
6. Zamówienie wykonamy <u>sami/z udziałem</u> podwykonawcy (podwykonawców) – *niepotrzebne skreślić*

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

7. Oświadczam/my, że uważam/my się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
8. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 7 do SIWZ i akceptujemy jego treść.
9. W przypadku wygrania postępowania podpiszę umowę na warunkach określonych w SIWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego. Treść umowy zostanie zawarta według wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do SIWZ.
10. Ofertę składamy na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

.....,dnia .....r.
(Miejscowość)

……
(podpis)

Nr postępowania: ZP/5/2017

Załącznik nr 3 do SIWZ

Zamawiający:
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

pieczątka Wykonawcy

reprezentowany przez: ……..……
(imię i nazwisko)

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 produktów leczniczych z podziałem na 20 pakietów dla Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy"**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **Rozdz. V, pkt. 2. SIWZ.**

.....,dnia .....r.
(Miejscowość)

……
(podpis)

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w **Rozdz. V, pkt. 2. SIWZ**, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……

..……,

w następującym zakresie: …….

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

.....,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)

Nr postępowania: ZP/5/2017

Załącznik nr 4 do SIWZ

Zamawiający:
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

pieczątka Wykonawcy

reprezentowany przez: ……..……
(imię i nazwisko)

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 produktów leczniczych z podziałem na 20 pakietów dla Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy"**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

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

....,dnia ....r.
(Miejscowość)

……
(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 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 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.

.....,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)

Załącznik nr 5 do SIWZ

Zamawiający:
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

pieczątka Wykonawcy

reprezentowany przez: ……..……
(imię i nazwisko)

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. **Dostawa produktów leczniczych z podziałem na 20 pakietów dla Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy"**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, oświadczam, co następuje:

☐ w zakresie pakietu 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. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634,) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu*

☐ w zakresie pakietu 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. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), 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***

.....,dnia .....r.
(Miejscowość)

……
(podpis)

Nr postępowania: ZP/5/2017

Załącznik nr 6a do SIWZ

Zamawiający:
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

pieczątka Wykonawcy

reprezentowany przez: ……..……
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

dotyczy pakietu nr ……., poz. nr …..
(wymienić)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa produktów leczniczych z podziałem na 20 pakietów dla Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy"**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy oświadczam, że oferowane produkty stanowiące przedmiot zamówienia są dopuszczone do stosowania na terenie Polski zgodnie z postanowieniami ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 roku (Dz.U. z 2016 r. poz. 2142 ze zm.), oraz że posiadam wszelkie wymagane prawem dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP dla oferowanych produktów. Powyższe dokumenty dostarczę na każde żądanie Zamawiającego.

.....,dnia .....r.
(Miejscowość)

……
(podpis)

Załącznik nr 6b do SIWZ

Zamawiający:
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

pieczątka Wykonawcy

reprezentowany przez: ……..……
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

dotyczy pakietu nr ……., poz. nr …..
(wymienić)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa produktów leczniczych z podziałem na 20 pakietów dla Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy"**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy 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. 2017 poz. 211 t.j. z dnia 03.02.2017r.) i posiadają stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez polskie prawo. Powyższe dokumenty dostarczę na każde żądanie Zamawiającego.

.....,dnia .....r.
(Miejscowość)

……
(podpis)