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]](#footnote-2)** | **□ TAK □ NIE**  *(zaznaczyć właściwe)* | | | | |
| **Adres do korespondencji**:  *(jeżeli jest inny niż podany powyżej)* |  | | | | |
| **Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:** |  | | **Telefon:** |  | |
| **e-mail:** |  | |

…………………………………………

*(podpis)*

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

**„Dostawa implantów, endoprotez oraz elementów ortopedycznych”**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Cena brutto PLN**  **(Kryterium nr 1)** | **Termin dostawy w dniach roboczych / Termin uzupełnienia Magazynu Oferowanych Wyrobów / Termin uzupełnienia Magazynu Oferowanych Wyrobów w poz. 1-6\***  **(Kryterium nr 2)** | **Termin płatności**  **(30 lub 60 dni)**  **(Kryterium nr 3)** |
| Pakiet 1 |  |  |  |
| Pakiet 2 |  |  |  |
| Pakiet 3 |  |  |  |
| Pakiet … |  |  |  |

\* należy wskazać termin realizacji dostaw częściowych lub termin uzupełnienia Magazynu Oferowanych Wyrobów zgodnie z zasadami określonymi w Rozdz. XIII SIWZ

1. Termin wykonania zamówienia ***(niepotrzebne skreślić)***:
2. Dla Pakietów nr 1-33 oraz 36-40: 18 m-cy od dnia podpisania umowy,
3. Dla Pakietu nr 34: 18 m-cy od dnia podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż 28 listopada 2017r.,
4. Dla Pakietu nr 35: 18 m-cy od dnia podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż 16 grudnia 2017r.
5. Oświadczam/my, że udzielam gwarancji na prawidłowe działanie przedmiotu umowy w zakresie wszczepianych elementów wynoszącej …………. miesięcy (minimum 12 miesięcy) Należy wskazać okres w pełnych miesiącach. W przypadku braku wskazania Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował minimalny okres gwarancji wynoszący 12 miesięcy.
6. 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)*.*
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 6a, 6b, 6c i 6d do SIWZ i akceptujemy jego treść.
9. Nr konta bankowego, na które należy zwrócić wadium *(jeśli dotyczy*) ………………….
10. Zamówienie wykonamy sami/z udziałem podwykonawcy (podwykonawców) – niepotrzebne skreślić

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

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

1. 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 6a, 6b, 6c i 6d do SIWZ.
2. Ofertę składamy na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

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

*(Miejscowość)*

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 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 implantów, endoprotez oraz elementów ortopedycznych”**, 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)*

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 wykonawcy**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest:

**„Dostawa implantów, endoprotez oraz elementów ortopedycznych”**

Oświadczam/my, 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.2017.211 j.t.) i posiadają stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez prawo, oraz że ww. Wykonawca dostarczy powyższe dokumenty na każde żądanie Zamawiającego podczas realizacji umowy.

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

*(Miejscowość)*

1. *Definicja zgodnie z ustawą z dn. 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.2016.1829 t.j.),* [↑](#footnote-ref-2)