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.:

**„Sukcesywna dostawa produktów leczniczych oraz produktów i sprzętu do hemodializy”**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Cena brutto PLN** |
| Pakiet 1 |  |
| Pakiet 2 |  |
| Pakiet … |  |

1. Termin wykonania zamówienia: ***zgodnie z SIWZ***.
2. 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)*.*
3. Zamówienie wykonamy sami/z udziałem podwykonawcy (podwykonawców) *– niepotrzebne skreślić*

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

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

1. Oświadczam/my, że uważam/my się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
2. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 6 do SIWZ i akceptujemy jego treść.
3. 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 6 do SIWZ.
4. Nr konta bankowego, na które należy zwrócić wadium *(jeśli dotyczy)*:

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

1. 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. **„Sukcesywna dostawa produktów leczniczych oraz produktów i sprzętu do hemodializy”**, 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 2017 r. poz. 229, 1089 i 1132) 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 2017 r. poz. 229, 1089 i 1132), 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 5a 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**

**dotyczy pakietu nr ………, poz. nr ………**

***(wymienić)***

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

**„Sukcesywna dostawa produktów leczniczych oraz produktów i sprzętu do hemodializy”**

Oświadczam/my, 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 2017 r. poz. 2211 t.j.), 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)*

Załącznik nr 5b 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**

**dotyczy pakietu nr ………, poz. nr ………**

***(wymienić)***

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

**„Sukcesywna dostawa produktów leczniczych oraz produktów i sprzętu do hemodializy”**

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)