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 odczynników, materiałów zużywalnych, sprzętu laboratoryjnego, testów oraz dzierżawa aparatów medycznych do laboratorium”**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Wartość brutto PLN pakietu** | **Termin dostawy****w dniach roboczych** |
| Pakiet 1 |  | *3 dni* |
| Pakiet 2 |  |  |
| Pakiet 3 |  |  |
| Pakiet 4 |  |  |
| Pakiet 5 |  |  |
| Pakiet 6 |  |  |
| Pakiet 7 |  |  |
| Pakiet 8 |  |  |
| Pakiet 9 |  |  |
| Pakiet 10 |  |  |
| Pakiet 11 |  | *3 dni* |
| Pakiet 12 |  |  |
| Pakiet 13 |  | *3 dni* |
| Pakiet 14 |  |  |
| Pakiet 15 |  | *3 dni* |
| Pakiet 16 |  |  |
| Pakiet 17 |  |  |
| Pakiet 18 |  |  |
| Pakiet 19 |  |  |
| Pakiet 20 |  |  |
| Pakiet 21 |  |  |
| Pakiet 22 |  |  |
| Pakiet 23 |  |  |
| Pakiet 24 |  |  |
| Pakiet 25 |  |  |
| Pakiet 26 |  |  |
| Pakiet 27 |  |  |
| Pakiet 28 |  |  |
| Pakiet 29 |  |  |
| Pakiet 30 |  |  |
| Pakiet 31 |  |  |
| Pakiet 32 |  |  |

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 6a i 6b do SIWZ i akceptujemy jego treść.
3. Nr konta bankowego, na które należy zwrócić wadium *(jeśli dotyczy*): ……………………………………………………………………………………………………..
4. 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 i 6b do SIWZ.
5. 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 odczynników, materiałów zużywalnych, sprzętu laboratoryjnego, testów oraz dzierżawa aparatów medycznych do laboratorium”**, 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 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 odczynników, materiałów zużywalnych, sprzętu laboratoryjnego, testów oraz dzierżawa aparatów medycznych do laboratorium”**

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)