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:** |  | |

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

**„Dostawa systemów do leczenia zaburzeń statyki narządów miednicy i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, siatek przepuklinowych oraz implantów kręgosłupowych”**

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 uzupełnienia Magazynu Oferowanych Wyrobów\***  **(w dniach roboczych)**  **[Kryterium nr 2]** | **Termin dostawy\***  **(w dniach roboczych)**  **[Kryterium nr 2]** |
| Pakiet 1 |  | x |  |
| Pakiet 2 |  | x |  |
| Pakiet 3 |  | x |  |
| Pakiet 4 |  | x |  |
| Pakiet 5 |  | x |  |
| Pakiet 6 |  | x |  |
| Pakiet 7 |  | x |  |
| Pakiet 8 |  |  | x |

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

1. Oświadczam/my, że udzielam gwarancji na prawidłowe działanie asortymentu 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.
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. Oświadczam/my, że uważam/my się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
4. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 6a, 6b i 6c do SIWZ i akceptujemy jego treść.
5. Zamierzam powierzyć wykonanie niżej wymienionych części zamówienia następującym podwykonawcom *(wypełnić jeżeli dotyczy)*: Część zamówienia, która ma być powierzona podwykonawcy ………………………… Podwykonawca (nazwa/firma) …………………..

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

*(Miejscowość)*

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 PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **Dostawa systemów do leczenia zaburzeń statyki narządów miednicy i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, siatek przepuklinowych oraz implantów kręgosłupowych**, 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)*

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)*

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

**Wykonawca:**

…………………………………………..

…………………………………………...

*(nazwa i adres)*

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 systemów do leczenia zaburzeń statyki narządów miednicy i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, siatek przepuklinowych oraz implantów kręgosłupowych”**, 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

**Wykonawca:**

…………………………………………..

…………………………………………...

*(nazwa i adres)*

reprezentowany przez: …………..…………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**„Dostawa systemów do leczenia zaburzeń statyki narządów miednicy i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, siatek przepuklinowych oraz implantów kręgosłupowych”**

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. ze zm.) i posiadają stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez prawo, oraz że dostarczymy powyższe dokumenty na każde żądanie Zamawiającego podczas realizacji umowy.

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

*(Miejscowość)*

1. *Definicja zgodnie z* *ustawą Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 646)* [↑](#footnote-ref-2)