*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 odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu, które jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego,
 pn.: **Sukcesywna dostawa płynów infuzyjnych oraz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego”** składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zadania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Wartość brutto PLN pakietu** | **Termin dostawy w dniach roboczych** **(1 dzień lub 2 dni)** | **Elektroniczny dokument WZ (TAK / NIE)** |
| *(Kryterium nr 1)* | *(Kryterium nr 2)* | *(Kryterium nr 3)* |
| Pakiet 1 |   |   |  |
| Pakiet 2 |   |   |   |
| Pakiet 3 |   |   |   |
| Pakiet 4 |   |   |   |
| Pakiet 5 |   |   |   |
| Pakiet 6 |   |   |   |
| Pakiet 7 |   |   |   |
| Pakiet 8 |   |   |   |
| Pakiet 9 |   |   |   |
| Pakiet 10 |   |   |   |
| Pakiet 11 |   |   |   |
| Pakiet 12 |   |   |   |
| Pakiet 13 |   |   |   |
| Pakiet 14 |   |   |   |
| Pakiet 15 |   |   |   |
| Pakiet 16 |   |   |   |
| Pakiet 17 |   |   |   |
| Pakiet 18 |   |   |   |
| Pakiet 19 |   |   |   |
| Pakiet 20 |   |   |   |
| Pakiet 21 |   |   |   |
| Pakiet 22 |   |   |   |
| Pakiet 23 |   |   |   |

**Jednocześnie ja niżej podpisany oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się ze „Specyfikacją istotnych warunków zamówienia (SIWZ)” i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do jej treści;
2. Akceptuję warunki płatności określone w SIWZ i we wzorze umowy;
3. Zapewniam wykonywanie zamówienia w terminie i zgodnie z warunkami określonymi w SIWZ;
4. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (\*)
(1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).
(\*)W przypadku gdy Oferent nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego skreślenie i dopisanie nie dotyczy).
5. 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 7 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 7 do SIWZ.
4. Ofertę składamy na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

................................,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 SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. „**Sukcesywna dostawa płynów infuzyjnych oraz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego”** 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)*

**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)*

*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. „**Sukcesywna dostawa płynów infuzyjnych oraz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego”** 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 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. „**Sukcesywna dostawa płynów infuzyjnych oraz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego”** 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 2019 r. poz. 369, 1571 i 11667) 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 2019 r. poz. 369, 1571 i 11667)

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)*

*UWAGA!*

*Wykonawca nie składa niniejszego oświadczenia z ofertą.*

*Wykonawca jest zobowiązany przekazać zamawiającemu oświadczenie o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp.*

*W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje (dowody) potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.*

 *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 Wykonawcy**

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

**„Sukcesywna dostawa płynów infuzyjnych oraz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego”**

Oświadczenie, że oferowane produkty są dopuszczone do stosowania na terenie Polski zgodnie z postanowieniami ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 roku (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 499) oraz że Wykonawca posiada wszelkie wymagane prawem dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP dla oferowanych produktów.

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

*(Miejscowość)*

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

 ***(wymienić)***

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

**„Sukcesywna dostawa płynów infuzyjnych oraz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego”**

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. 2019 poz. 175) 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 dnia 06 marca .2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r.poz. 646).* [↑](#footnote-ref-2)