**ZP18/L/3/2019** *Załącznik nr 2 do SIWZ*

##### FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa....................................................................................................................

Siedziba.................................................................................................................

Nr telefonu/faks......................................................................................................

e-mail ....................................................................................................................

Nr telefonu/faks, e-mai serwisu............................................................................

NIP......................................................................................................................

nr REGON...............................................................................................................

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

**TAK……. NIE …..….**

**Dane dotyczące Zamawiającego**

Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

z siedzibą w Bytowie (77-100), ul. Lęborska 13,

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer 0000330649, REGON: 220799636, NIP: 8421733833, kapitał zakładowy: 26 852 700,00 zł.

**Oferta Wykonawcy:**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem przetargowym nr ZP18/L/3/2019, to jest: *dostawa systemu do pobierania krwi metodą aspiracyjno – próżniową z mikrometodą wraz z dzierżawą mieszadła hematologicznego i wirówki laboratoryjnej dla* potrzeb Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zamawianych przez upoważnionych przez Zamawiającego pracowników Laboratorium diagnostycznego w/g załączonego do SIWZ zestawienia, w ilości oraz wg cen określonych w formularzu cenowym, który stanowi załącznik nr 1 do SIWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa elementu przedmiotu zamówienia:** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| **Dostawa Artykułów medycznych** (według ilości szacunkowej określonej w formularzu cenowym) |  |  |  |
| **Dzierżawa mieszadła hematologicznego** (według wartości czynszu dzierżawy za 12 miesięcy) |  |  |  |
| **Dzierżawa wirówki laboratoryjnej**(według wartości czynszu dzierżawy za 12 miesięcy) |  |  |  |
| **Łączna wartość końcowa oferty:** |  | **X** |  |

**Termin dostawy artykułów medycznych od dnia zamówienia: ………………….. dni roboczych**

**Termin przydatności artykułów medycznych od dnia dostawy ……………………………. miesięcy**

Przedmiot dzierżawy

1. Dzierżawa mieszadła hematologicznego

 *typ....................................................,............od producenta.........................................,*

*nr seri............................... data produkcji........................................................*

*o wartości brutto: …………………….* …………………………………………..

*słownie złotych brutto: …………………………………………………………..*

1. Dzierżawa wirówki laboratoryjnej

*typ............................................................od producenta...................................,*

*nr seri.................................................... data produkcji.........................................*

*o wartości brutto: …………………….* …………………

*słownie złotych brutto: ……………………………………………*

**Oświadczam, że:**

1. w przypadku wyboru mojej oferty w toku prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr ZP18/L/3/2019 zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w siedzibie Zamawiającego, w terminie przez niego wyznaczonym,

2. akceptuję termin płatności 30 dni od daty dostarczenia faktury Zamawiającemu,

3.wartość oferty wynika z kalkulacji formularza cenowego,

4. zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i załącznikami do niej, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i uznaję się za związanego określonymi w nich wymaganiami i zasadami postępowania,

5. zapoznałem się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SIWZ, akceptuję go i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,

6.zaproponowane ceny będą cenami stałymi przez okres trwania umowy,

7. niżej wymieniony zakres dostaw zamierzam wykonać z udziałem podwykonawców / całość prac wykonam we własnym zakresie\*,

(Wykonawca wypełnia tabelę - o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia - nazwa podwykonawcy** |
|  |  |

8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*.

\* W przypadku gdy wykonawca 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 wykreślenie).

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawach niniejszej oferty oraz wykonania umowy po stronie Wykonawcy

……………………….................................

 (imię i nazwisko; nr telefonu)

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**Lista załączników:**

**…………..**

**……………**

**Zastrzeżenie Wykonawcy**

Oświadczam, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach ………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

…………………………………………………………………………………………………………………..

Inne informacje Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***Załącznik nr 3a do SIWZ***

###  ZP18/L/3/2019

###

# Oświadczenie Wykonawcy

### Składane na podstawie art. 25a ust. 1 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 na dostawę systemu do pobierania krwi metodą aspiracyjno – próżniową z mikrometodą wraz z dzierżawą mieszadła hematologicznego i wirówki laboratoryjnej prowadzonego przez Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., oświadczam, co następuje:

### OŚWIADCZENIA DOTYCZACE WYKONAWCY:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22 ustawy PZP.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na postawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy PZP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

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 lub art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy PZP). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**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 wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***Załącznik nr 3b do SIWZ***

###  ZP18/L/3/2019

# Oświadczenie Wykonawcy

### Składane na podstawie art. 25a ust. 1 z dnia 29 stycznia 2004 r.

### Prawo zamówień publicznych ( dalej jako ustawa PZP),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

### Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę systemu do pobierania krwi metodą aspiracyjno – próżniową z mikrometodą wraz z dzierżawą mieszadła hematologicznego i wirówki laboratoryjnej, prowadzonego przez Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., oświadczam, co następuje:

### INFORMACJE DOTYCZACE WYKONAWCY:

### Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjna dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**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 wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

###  ZP18/L/3/2019

# Oświadczenie

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, w postępowaniu na: **dostawę systemu do pobierania krwi metodą aspiracyjno – próżniową z mikrometodą wraz z dzierżawą mieszadła hematologicznego i wirówki laboratoryjnej dla Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o**.”, reprezentując:

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

Oświadczamy, że zaoferowane artykuły medyczne są dopuszczone do obrotu na polskim rynku i spełniają wymagania określone w:

- ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211)

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 211),

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010r. w sprawie sposobu kwalifikowania wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 215, poz. 1416).

**W przypadku wystąpienia takiej potrzeby zobowiązujemy się przedłożyć stosowne dokumenty potwierdzające spełnianie ww. wymagań.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 6 do SIWZ***

###  ZP18/L/3/2019

**Oświadczenie**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na **dostawę systemu do pobierania krwi metodą aspiracyjno – próżniową z mikrometodą wraz z dzierżawą mieszadła hematologicznego i wirówki laboratoryjnej dla Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o**., oświadczam, że:

**1. Nie należymy do tej samej grupy kapitałowej,** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji
i konsumentów (Dz. U. z 2017r. poz. 229, 1089 i 1132) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu.\*

**2. Należymy do tej samej grupy kapitałowej,** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji
i konsumentów (Dz. U. z 2017r. poz. 229, 1089 i 1132) z innym Wykonawcą:

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

 (nazwa i adres Wykonawcy)

który złożył odrębną ofertę w przedmiotowym postępowaniu.\*

 *W tym przypadku wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.\**

\*Niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy