**ZP21/A/11/2019/II** *Załącznik nr 2 do SIWZ*

##### FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

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

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

Nr telefonu ......................................................................................................

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

e-mail ( reklamacje) ……………………………………………………………………..

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 ZP21/A/11/2019/II, to jest sukcesywnej dostawy materiałów opatrunkowych na potrzeby oddziałów Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zamawianych przez Aptekę szpitalną, w ilości zgodnej ze składanymi zamówieniami oraz wg cen określonych w formularzu cenowym, który stanowi załącznik nr 1.

**Część nr ….**

Wartość netto ....................... zł

**wartość brutto** ....................... zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**termin dostawy …………………dni roboczych**

**termin przydatności …………………… m-cy**

*(dopisać potrzebną ilość pakietów)*

**Oświadczam, że:**

1. oferuję termin dostawy …… dni robocze od chwili złożenia zamówienia (UWAGA! Maksymalny termin dostawy to 4 dni robocze),
2. będę dostarczał wyroby medyczne z terminem przydatności wyrobu medycznego od dnia dostawy –…………………… miesiące (UWAGA minimalny termin przydatności to 6 miesięcy),
3. w przypadku wyboru mojej oferty w toku prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr ZP21/A/11/2019/II zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
4. akceptuję termin płatności 30 dni od daty dostarczenia faktury Zamawiającemu,
5. wartość oferty wynika z kalkulacji formularza cenowego stanowiącego integralną część niniejszego formularza ofertowego,
6. 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,
7. zapoznałem się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SIWZ, akceptuję go i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
8. zaproponowane ceny będą cenami stałymi przez okres trwania umowy,
9. niżej wymieniony zakres dostaw zamierzam wykonać z udziałem podwykonawców / całość prac wykonam we własnym zakresie\*,
10. (Wykonawca wypełnia tabelę - o ile dotyczy)

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

12. 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 do 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***

**ZP21/A/11/2019/II**

# Oświadczenie Wykonawcy

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

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

### Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę materiałów opatrunkowych**, 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. 12-23 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***

**ZP21/A/11/2019/II**

# Oświadczenie Wykonawcy

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

### Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę materiałów opatrunkowych**, 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

### Wzór umowy

***Załącznik nr 4 do SIWZ***

# UMOWA nr .../A/2019

**na dostawę materiałów opatrunkowych dla potrzeb**

**oddziałów Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

zawarta dnia .................. 2019r.,

między:

**Szpitalem 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,

zwaną dalej w umowie „Zamawiającym”

reprezentowaną przez:

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

a

………………………………………, z siedzibą w ……… przy ulicy ……………

zwaną dalej w umowie „Wykonawcą”,

reprezentowaną przez:

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

W wyniku przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **ZP21/A/11/2019/II** poniżej progów ustalonych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych, Strony postanowiły, co następuje:

**§ 1**

##### Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie sukcesywnych dostaw **materiałów opatrunkowych,** zwanych dalej artykułami medycznymi dla potrzeb oddziałów Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zamawianych przez Aptekę Szpitalną. Przedmiot zamówienia będzie dostarczany w ilości zgodnej z zamówieniami składanymi przez osobę upoważnioną, według cen określonych w formularzu cenowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy oraz zgodnie z ofertą Wykonawcy, stanowiącą załącznik nr 2 do umowy oraz postanowieniami niniejszej umowy.
2. Zamawiający przez okres trwania umowy będzie dokonywał sukcesywnych zamówień artykułów medycznych, objętych ofertą Wykonawcy, w ilościach wynikających z rzeczywistych potrzeb bieżących Zamawiającego.
3. Zamawiającemu przysługuje uprawnienie do rezygnacji z zakupu części artykułów medycznych wynikających z braku zapotrzebowania na dany asortyment oraz dokonywania zmian ilościowych przedmiotu zamówienia do wysokości ceny określonej w § 2. Jednocześnie Zamawiający oświadcza, że ograniczenie zamówienia nie przekroczy 20% wartości określonej niniejszą umową. Z tego tytułu nie będą przysługiwały Wykonawcy żadne roszczenia, poza roszczeniami o zapłatę za asortyment dostarczony.
4. Wykonawca oświadcza, iż zapoznał się i przyjmuje do stosowania „Zasady środowiskowe dla firm zewnętrznych” obowiązujące na terenie Zamawiającego, stanowiące załącznik nr 3 do niniejszej umowy (co stanowi Załącznik nr 1 Do Zarządzenia wewnętrznego nr 45/2016 z dnia 9.11.2016 r.)

**§ 2**

#### Cena

1. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, cenę do wysokości kwoty .............................. zł netto (słownie: .............................), to jest …………………….zł brutto (słownie: ...................................) wynikającą z oferty Wykonawcy stanowiącej załącznik nr 2 do umowy oraz z formularza cenowego stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.
2. Cena obejmuje wszystkie koszty związane z prawidłowym wykonaniem zamówienia, w tym opłatę za opakowania i transport.

**§ 3**

**Dostawa**

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania dostaw, o których mowa w § 1 ust. 1 w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy **tj. od dnia .................................. do dnia .....................................**

2. Dostawa artykułów medycznych następować będzie sukcesywnie w zależności od potrzeb Zamawiającego, na podstawie zamówień składanych Wykonawcy przez Zamawiającego drogą elektroniczną lub faksem. W zamówieniu Zamawiający wskaże ilość zamawianych artykułów medycznych i termin dostawy, który wynosi **………. dni robocze** od chwili złożenia zamówienia. Dostawa do Apteki szpitalnej Zamawiającego, położonej w Bytowie ul. Lęborska 13, nastąpi w godzinach od 08:00 do 13:00.

3. Zamawiającemu przysługuje prawo do zrezygnowania z przyjęcia całości lub części zamówionych i dostarczonych artykułów medycznych, jeżeli po stronie Zamawiającego po dniu złożenia zamówienia wystąpi brak aktualnego zapotrzebowania na dostarczane artykułu medyczne.

W przypadku rezygnacji przez Zamawiającego z odbioru całości lub części zamówionych i dostarczonych artykułów medycznych Wykonawca zobowiązuje się do ich zabrania oraz dostarczenia faktury korygującej w terminie 5 dni roboczych.

4. Jeżeli Wykonawca przewiduje, że dostawa nie zostanie dokonana w terminie określonym w ust. 2 w całości lub części, zawiadomi o tym Zamawiającego niezwłocznie po otrzymaniu zamówienia.

5.Dostarczane artykuły medyczne mają być nowe, dopuszczone do obrotu na podstawie obowiązujących przepisów prawa i odpowiadać wszelkim wymaganiom określonym przepisami prawa, w szczególności ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2019.175 t.j. ze zm.), wolne od jakichkolwiek wad fizycznych lub prawnych i posiadać w dniu dostawy termin ważności **……….. m-cy.**

6. Wykonawca odpowiada za ewentualne uszkodzenie artykułów medycznych stanowiącego przedmiot dostawy do chwili odbioru przez Zamawiającego w jego siedzibie.

7. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć na własny koszt i ryzyko artykuły medyczne transportem własnym lub poprzez wynajętego w tym celu przewoźnika, zapewniającym należyte zabezpieczenie dostarczanego asortymentu przed uszkodzeniami, czynnikami atmosferycznymi, itp.

8. Na potrzeby niniejszej umowy, za dzień roboczy strony uznają wszystkie dni w roku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy.

**§ 4**

**Reklamacje**

1. Reklamacje z tytułu braków ilościowych lub jakościowych dostarczonych artykułów medycznych winny być składane mailowo na adres ……………………………………. w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia ich dostarczenia.

2. Wykonawca zobowiązuje się rozpatrzyć reklamacje w terminie 10 dni roboczych od zgłoszenia reklamacji.

3. Wykonawca zobowiązuje się odebrać reklamowane artykuły medyczne oraz dostarczyć fakturę korygującą lub wymienić reklamowane artykuły medyczne na wolne od wad na własny koszt.

4. W wypadku gdyby osoby trzecie kierowały do Zamawiającego jakiekolwiek roszczenia, w tym w szczególności odszkodowawcze, które to roszczenia byłyby wynikiem wad przedmiotu umowy, Wykonawca zobowiązuje się zwolnić Zamawiającego z obowiązku świadczenia opartego na takim roszczeniu i jest on w pełni odpowiedzialny względem Zamawiającego za to, że osoba trzecia nie będzie żądać od Zamawiającego spełnienia takiego świadczenia.

**§ 5**

**Warunki płatności**

1. Za zrealizowane dostawy Zamawiający zapłaci cenę ustaloną zgodnie z § 2, na podstawie faktury VAT prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę.

2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć zamawiane artykuły medyczne razem z fakturą VAT.

3. Wykonawca zobowiązuje się wystawiać osobne faktury VAT, w przypadku gdy Zamawiający zawarł z Wykonawcą odrębne umowy dotyczące dostaw poszczególnych artykułów medycznych. Na fakturze wystawianej przez Wykonawcę winien znajdować się numer właściwej umowy.

4. Wykonawca wystawi jedną fakturę za wszystkie dostarczone w ramach jednej dostawy artykuły medyczne, z zastrzeżeniem ust. 3.

5. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty należności wynikającej z faktury VAT tytułem ceny za realizację przedmiotu umowy w terminie 30 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury przez Wykonawcę na wskazany przez niego w fakturze rachunek bankowy.

6. Jako datę zapłaty ceny przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

7. W razie zwłoki w zapłacie Wykonawcy ceny Zamawiający zapłaci Wykonawcy odsetki za opóźnienie w transakcjach handlowych.

8. Strony ustalają, że ceny jednostkowe określone przez Wykonawcę w formularzu cenowym, nie ulegną zmianie przez okres trwania umowy.

**§ 6**

##### Kary umowne

1. W przypadku zwłoki w dostarczeniu zamówionych artykułów medycznych Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości do 0,2 % ceny brutto niedostarczonych w terminie artykułów medycznych, za każdy dzień zwłoki.

2. W przypadku odstąpienia którejkolwiek ze Stron od wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości do 10 % ceny brutto wskazanej w § 2 ust. 1 Umowy.

3. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie było można przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach. W tym przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

1. Zastrzeżenie kar umownych, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, nie wyłącza dalszych roszczeń odszkodowawczych Zamawiającego przeciwko Wykonawcy, jeżeli wartość poniesionej przez niego szkody przekracza wysokość kar umownych lub jeżeli szkoda wynikła ze zdarzeń innych, niż opisane powyżej.

§ **7**

**Wypowiedzenie umowy**

1. Powtarzające się 3 – krotne nieprawidłowości w realizacji umowy przez Wykonawcę, tj.:
2. nieterminowa lub niezgodna z zamówieniami realizacja dostaw,
3. dostawa asortymentu niezgodnego z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Umowy,
4. uchybienia w zakresie jakości dostarczonego przedmiotu zamówienia lub jego terminów ważności,
5. uchybienia w zakresie naliczania cen i wskazywanych terminów płatności,
6. nieterminowe rozpatrywanie reklamacji,

– stanowią podstawę do rozwiązania umowy przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym.

1. W przypadku określonym w ust 1, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości określonej w § 6 ust. 2.
2. Przed rozwiązaniem umowy Zamawiający pisemnie wezwie Wykonawcę do należytego wykonywania umowy.

**§ 8**

**Zmiana przedmiotu zamówienia**

1. Dopuszcza się możliwość zmiany przedmiotu zamówienia wynikającego z oferty na podstawie, której zawarta została umowa, przy niższej lub niezwiększonej cenie, w przypadku, gdy:

1. wykonawca zaproponuje nowszy technologicznie produkt spełniający parametry określone w opisie przedmiotu zamówienia
2. wykonawca wstrzyma wprowadzanie przedmiotu umowy do obrotu handlowego i zaproponuje produkt równoważny, spełniający parametry określone w opisie przedmiotu zamówienia;
3. wystąpił incydent medyczny związany z przedmiotem umowy i Wykonawca zaproponuje produkt równoważny, spełniający parametry określone w opisie przedmiotu zamówienia;
4. producent przedmiotu umowy wstrzyma produkcję i Wykonawca zaproponuje produkt równoważny, spełniający parametry określone w opisie przedmiotu zamówienia;
5. producent zmieni sposób konfekcjonowania przedmiotu umowy.

2.W trakcie obowiązywania umowy strony dopuszczają zmiany cen także w przypadku:

1. zmiany stawki podatku od towarów i usług, przy czym zmianie ulegnie wyłącznie cena brutto, cena netto pozostanie bez zmian;
2. obniżenia wielkości ceny, w przypadku, gdy Wykonawca w okresie realizacji umowy zaproponuje ten sam produkt w niższej cenie.

3.Nie stanowią zmiany umowy w rozumieniu art. 144 Ustawy następujące czynności:

* + - 1. zmiana danych związanych z obsługą administracyjno – organizacyjną umowy (np. zmiana nr rachunku bankowego),
      2. zmiany danych teleadresowych, zmiany osób wskazanych jako upoważnione do kontaktów między stronami,
      3. zmiana podwykonawcy wymienionego w załączniku do umowy, realizującego część zamówienia wskazaną przez Wykonawcę w ofercie na innego podwykonawcę realizującego tę część zamówienia,
      4. zmiana części zamówienia, które Wykonawca przewidział do realizacji za pomocą Podwykonawców na inne części zamówienia, w tym również części, których Wykonawca nie wskazał w złożonej przez siebie ofercie.

4.Zmiany, o których mowa w ust. 3 będą dokonywane poprzez zawiadomienie pisemne i akceptację Zamawiającego.

**§ 9**

**Przedstawiciele stron**

1. Osobą odpowiedzialną za prawidłowy przebieg czynności związanych z wykonywaniem Umowy po stronie Zamawiającego jest ......................................................

2. Osobą odpowiedzialną za prawidłowy przebieg czynności związanych z wykonywaniem Umowy po stronie Wykonawcy jest ............................................................

3. Każda ze Stron zobowiązana jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od powstania zmiany przekazać drugiej Stronie nowy adres, pod rygorem uznania za prawidłowe wysłania jakiejkolwiek informacji czy korespondencji na dotychczasowy adres.

**§ 10**

**Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych jej postanowieniami, , mogą być dokonane za zgodą obu Stron w formie pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieunormowanych w niniejszej umowie będą miały zastosowanie właściwe przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy PZP.
3. Strony zgodnie postanawiają, że wszelkie spory pozostające w związku z niniejszą umową rozstrzygane będą przez sąd miejscowo właściwy dla siedziby Zamawiającego**.**
4. Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, jeden dla Zamawiającego, jeden dla Wykonawcy. Załączniki do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część.
5. Umowa wchodzi w życiem z dniem zawarcia.

# Zamawiający Wykonawca

*Niniejszy wzór umowy może ulec modyfikacji jedynie w zakresie, który nie spowoduje zmian wykraczających poza jego istotne postanowienia.*

Załącznik nr 3 do umowy

Załącznik nr 1

Do Zarządzenia wewnętrznego nr 45/2016

z dnia 9.11.2016 r.

**ZASADY ŚRODOWISKOWE DLA PODWYKONAWCÓW**

Załącznik do umowy z wykonawcą/usługodawcą/dostawcą\*

1. **Należy przestrzegać wymagań określonych w systemie zarządzania środowiskowego wg ISO 14001, a w szczególności:**

* przestrzegać wymagań prawnych w zakresie podpisanej ze **Szpitalem Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.** umowy
* zmniejszyć dla otoczenia uciążliwość swojej działalności związanej z wykonywaniem prac zleconych przez **Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**
* zabierać z terenów **Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.** wszelkie odpady powstałe w czasie świadczenia usług

2. **Usługodawcy nie wolno:**

* wwozić na teren **Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.** jakichkolwiek odpadów
* składować żadnych substancji mogących zanieczyścić powietrze atmosferyczne, wodę, glebę, a w przypadku gdy substancje te służą do wykonywania usług dla firmy szczegóły ich składowania i stosowania należy uzgodnić z **Kierownikiem Działu Technicznego**
* myć pojazdów na terenie **Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**
* spalać odpadów na terenie **Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**
* wylewać jakichkolwiek substancji niebezpiecznych do gleby lub kanalizacji

3. Przeprowadzić szkolenie wśród podległych pracowników wykonujących usługę   
w zakresie obowiązującej w **Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.** polityki środowiskowej.

4. Dopuścić **Kierownika Działu Technicznego** do kontroli postępowania na zgodność z przyjętymi zasadami środowiskowymi.

5. W sytuacjach wątpliwych i nieokreślonych w powyższych zasadach środowiskowych należy zwracać się do **Kierownikiem Działu Technicznego**

\*właściwe podkreślić

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**ZP21/A/11/2019/II**

# Oświadczenie

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, w postępowaniu na: „**Dostawa materiałów opatrunkowych dla Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o**.”, reprezentując:

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

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

- ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2019.175 t.j.)

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz.U.2016.211),

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010r. w sprawie kwalifikowania wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010r 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***

### **ZP21/A/11/2019/II**

**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 materiałów opatrunkowych 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