*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 1/5*

 *pieczęć Wykonawcy*

**OFERTA****OFERTA**

Pełna nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………… Faks: ………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………. REGON: ………………………………………..

Wpisany do rejestru przesiębiorcówc pod nr KRS …………………. / CEDIG

Osoba uprawniona do reprezentacji wykonawcy: ……………………………………….

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy……………………….tel nr……………………………

*(w przypadku składani oferty wspólnej należy wpisać dane pełnomocnika „lidera” upoważnionego do wystepowania w imieniu pozostałych konsorcjantów)*

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem?                 □ TAK\*                □  NIE\*
                                                                                                    \* UWAGA! należy zaznaczyć właściwe

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **dostawa materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 6/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

1. Termin realizacji zamówienia:

Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w sposób ciągły przez okres:

- 24 miesiące od dnia podpisania umowy w zakresie pakietu III.

- 24 miesiące od dnia 10.07.2020 r. w zakresie pakietów I-II.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia - 30 dni.
3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Zamierzamy powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia: \*:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa (firma) i adresy podwykonawców | Zakres rzeczowy |
|  |  |

\* wypełnić jeżeli dotyczy

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

 *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 2/5*

**OFERTA**

1. Niniejszym oświadczamy, iż oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz.U. 2019, poz. 175),
a w szczególności został dopuszczony do obrotu i używania oraz oznakowany znakiem CE.
2. Oświadczamy, że informacje zamieszczone na następujących stronach: ………….…… nie mogą być udostępniane\*.

W załączeniu Wykonawca zobowiązany jest wykazać i uzasadnić, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, w szczególności określając w jaki sposób zostały łącznie spełnione przesłanki, o których mowa w ww. ustawie.

 \* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty będzie / nie będzie\*\* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług.

 \*\*niewłaściwe skreślić

*(wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT).*

1. W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług i wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT\*.

Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

…………………………………………………………………………………………………

oraz Wartość tych towarów lub usług bez podatku od towarów i usług: …………………….… zł

*Uwaga! niniejszy pkt. 11 wypełniają wyłącznie Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego tzn. kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia ) podatku VAT.*

 \* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Poniżej podajemy dane kontaktowe dla potrzeb niniejszego postępowania.

Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………….

Osoba uprawniona do kontaktu w sprawie niniejszego postępowania:

Pan/Pani ………………………………………………………………………………...……......

Nr tel. ……………………., fax: …….……..……… adres e-mail: ………….…………………

Ofertę niniejszą składamy na ................ kolejno ponumerowanych stronach.

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 3/5*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **dostawa materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 6/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

**Pakiet I - MATERIAŁY OPATRUNKOWE**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu I za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/I do SIWZ.

* + 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 30 dni) w zakresie pakietu I.

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 4/5*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet II – RĘKAWICE OCHRONNE**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu II za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/II do SIWZ.

* + 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 30 dni) w zakresie pakietu II.

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 5/5*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet III – PIELUCHOMAJTKI**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu III za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/III do SIWZ.

* + - 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 30 dni) w zakresie pakietu III.

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/I*** *do SIWZ str. 1/2*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I - MATERIAŁY OPATRUNKOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 1. | Lignina bielona w płatach 40 cm x 60 cm, zarejestrowana jako wyrób medyczny. | 1 kg(op 5kg) | 2 000kg(400 op) |  |  |  |  |  |
| 2. | Wata opatrunkowa bawełniano-wiskozowa | op. (0,5 kg) | 60 op.(30 kg) |  |  |  |  |  |
| 3. | Kompres z włókniny, niejałowy, 4 warstwowy o gramaturze 30 g, wymiary 5cm x 5cm  | op.(100 szt.) | 6 000 op. |  |  |  |  |  |
| 4. | Opaska opatrunkowa dziana 4 m x 10 cm, pakowana pojedynczo | szt | 12 000 |  |  |  |  |  |
| 5. | Opaska elastyczna tkana z zapinką wielorazowego użytku 4 m x 12 cm, pakowana pojedynczo | szt | 1 400 |  |  |  |  |  |
| 6. | Kompres gazowy jałowy sterylizowany dowolną metodą o wymiarach 9-10 cm x 9-10 cm. Dopuszcza się dostarczenie kompresu w opakowaniach zawierających większą ilość sztuk ale pakowanych pojedynczo celem zachowania sterylności każdego kompresu z osobna, jednakże w tabeli należy podać cenę jednostkową za sztukę. | szt  | 30 000 |  |  |  |  |  |
| 7. | Gaza jałowa bawełniana sterylizowana dowolną metodą 17-nitkowa 1m x 1m,  | szt | 5 000 |  |  |  |  |  |
| 8. | Gaza jałowa bawełniana sterylizowana dowolną metodą 17-nitkowa 1/4 m2 | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 9. | Plaster chirurgiczny wykonany z hydrofobowej włókniny, hipoalergiczny mocujący o wymiarach 15 cm x 10 m, nacięcie papieru faliste. | szt | 200 |  |  |  |  |  |
| 10. | Plaster chirurgiczny wykonany z hydrofobowej włókniny, hipoalergiczny mocujący o wymiarach 2,5 cm x 10 m, nacięcie papieru **proste.** | szt | 100 |  |  |  |  |  |
| 11. | Plaster uniwersalny z tkaniny bawełnianej, z ząbkowanym brzegiem, na szpulce, biały, pokryty klejem akrylowym, niejałowy, pakowany w kartonik po 6 szt., rozmiar 5 cm x 5 m. | szt | 1 200 |  |  |  |  |  |
| 12. | Plaster uniwersalny z tkaniny bawełnianej, z ząbkowanym brzegiem, na szpulce, biały, pokryty klejem akrylowym, niejałowy, pakowany w kartonik po 24szt.,rozmiar 1,25 cm x 5 m. | szt | 480 |  |  |  |  |  |

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/I*** *do SIWZ str. 2/2*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I - MATERIAŁY OPATRUNKOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 13. | Przylepiec wykonany z włókniny. Pokryty klejem akrylowym. Proste wykończenie brzegu. Możliwość swobodnego dzielenia wzdłuż i w poprzek dzięki perforacji. Hypoalergiczny. Niejałowy. Opakowanie po 12 szt. Rozmiar 2,5 cm x 9,14 m | szt | 720 |  |  |  |  |  |
| 14. | Plaster włókninowy z opatrunkiem, kolor biały o szerokości 8 cm x 1 m, hipoalergiczny, niejałowy, posiada mikroperforację zapewniającą prawidłową przepuszczalność powietrza. | szt | 600 |  |  |  |  |  |
| 15. | Kompres gazowy niejałowy 8-warstwowy 17-nitkowy 10 cm x 10 cm a' 100 szt. | op.(100 szt.) | 1 400 |  |  |  |  |  |
| 16. | Sterylny plaster włókninowy do mocowania kaniul z nacięciem, pakowany pojedynczo 5,1 – 6,0 cm x 7,6 – 8 cm  | op.(50 szt.)\* | 300 |  |  |  |  |  |
| 17. | Sterylny plaster przezroczysty z folii PU do zabezpieczania kaniul obwodowych i cewników u osób dorosłych, z wycięciem umożliwiającym dopasowanie opatrunku do założonej kaniuli, z systemem aplikacji typu ramka, z jedną taśmą do opisu, z klejem akrylowym  nakładanym metodą ciągłą. Opakowanie papier-papier, I klasa sterylna rozmiar 6 cm x 7 cm. Opakowanie 100 szt. | op.(100 szt.) | 100 |  |  |  |  |  |
| 18. | Chusta trójkątna bawełniana niejałowa w kolorze białym r-r 96-106 cm x 96-106 cm x **130-157 cm** | szt | 36 |  |  |  |  |  |
| 19. | Koc ogrzewający jednorazowego użytku; warstwy zewnętrzne wykonane z bardzo miękkiej włókniny Spunlace w kolorze białym, warstwa wewnętrzna z poliestru, z przeszyciami na całej powierzchni, zapobiegającymi przemieszczaniu się elementów poszczególnych warstw; szwy ultradźwiękowe. Rozmiar 110 x 210 cm. | szt | 50 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |

\* dopuszcza się w pozycji 16 inną ilość w opakowaniu, jednakże wtedy należy przeliczyć do ilości podanej w tabeli

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 2****/II*** *do SIWZ str. 1/3*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II- RĘKAWICE OCHRONNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 1. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, lateksowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „M”,  | op. (100 szt) | 200 op. |  |  |  |  |  |
| 2. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, lateksowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „L” | op. (100 szt) | 200 op. |  |  |  |  |  |
| 3. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, lateksowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „XL” | op. (100 szt) | 200 op. |  |  |  |  |  |
| 4. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „S”,  | op. (100 szt) | 3 000 op. |  |  |  |  |  |
| 5. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „M”,  | op. (100 szt) |  4 500 op. |  |  |  |  |  |
| 6. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „L”, | op. (100 szt) | 2 500 op |  |  |  |  |  |
| 7. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „XL” | op. (100 szt) | 700 op. |  |  |  |  |  |
| 8. | Rękawice chirurgiczne sterylne, lateksowe, bezpudrowe, rozmiary 7,0  | op.(1 para) | 800 op. |  |  |  |  |  |
| 9. | Rękawice chirurgiczne sterylne, lateksowe, bezpudrowe, rozmiary 8,0 | op.(1 para) | 400 op. |  |  |  |  |  |

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 2****/II*** *do SIWZ str. 2/3*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II- RĘKAWICE OCHRONNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 10. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, pakowane w systemie umożliwiającym wyciąganie rękawicy pojedyńczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Pokryte warstwą ochronno pielęgnacyjną. Rozmiary S pakowane po 250 szt. | op. (250 szt) | 60 op. |  |  |  |  |  |
| 11. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, pakowane w systemie umożliwiającym wyciąganie rękawicy pojedyńczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Pokryte warstwą ochronno pielęgnacyjną. Rozmiary M Pakowane po 250 szt.  | op. (250 szt) | 60 op. |  |  |  |  |  |
| 12. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, pakowane w systemie umożliwiającym wyciąganie rękawicy pojedyńczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Pokryte warstwą ochronno pielęgnacyjną. Rozmiary L pakowane po 250 szt.  | op. (250 szt) | 60 op. |  |  |  |  |  |
| 13. | Rękawice diagnostyczne niejałowe przeznaczone do izolatek, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, pakowane w systemie umożliwiającym wyciąganie rękawicy pojedyńczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Rozmiary S pakowane po 50 szt. | op. (50 szt) | 30 op. |  |  |  |  |  |

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 2****/II*** *do SIWZ str. 3/3*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II- RĘKAWICE OCHRONNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 14. | Rękawice diagnostyczne niejałowe przeznaczone do izolatek, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, pakowane w systemie umożliwiającym wyciąganie rękawicy pojedyńczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Rozmiary M pakowane po 50 szt. | op. (50 szt) | 30 op. |  |  |  |  |  |
| 15. | Rękawice diagnostyczne niejałowe przeznaczone do izolatek, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, pakowane w systemie umożliwiającym wyciąganie rękawicy pojedyńczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Rozmiary L pakowane po 50 szt. | op. (50 szt) | 30 op. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |

**\* Do pozycji od 1 do 7 i pozycji od 10 do 12 wymaga się dostarczenia podajników do montażu ściennego.**

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III – PIELUCHOMAJTKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
|  | Pieluchomajtki dla dorosłych, tzw. oddychające (wykonane z materiału przepuszczającego powietrze, zwłaszcza przez warstwę zewnętrzną, która spełnia istotne funkcje: zatrzymuje ciecz, ale przepuszcza powietrze i tym samym obniża wilgotność i gorąco podczas użytkowania przez pacjenta.) Ponadto pieluchomajtki powinny spełniać następujące wymogi:* + obwód bioder: **min. 92-100 cm –max. 144-150 cm**
	+ wymagana minimalna chłonność 2.830 g (wg metody ISO 11948-1)

 Pieluchomajtka musi posiadać: - absorbent pochłaniający „nieprzyjemny” zapach, dwie pary elastycznych wielorazowego użytku samoprzylepnych rzepów po każdej stronie; wskaźnik nasączenia**- co najmniej jeden ściągacz taliowy****- System szybkiego wchłaniania (Feel Dry lub EDS), który umożliwia maksymalnie szybkie wchłanianie moczu do środka produktu oraz utrzymuje wilgoć z dala od skóry pacjenta** | op. (30 szt) | 2 400  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***3*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**OKREŚLONYCH W ART. 22 UST. 1B PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**6/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale III
pkt 1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

................................ *dn.* ........................ ........................................................

  *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

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.

................................ *dn.* ........................ ........................................................

  *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***4*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 1 PKT 12-23 PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**6/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) 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 Pzp lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

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

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

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.

...................................... *dn.* ........................ ................................................................

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***5*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

. **OŚWIADCZENIE**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**6/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej Zamawiającego informacją, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp, mając na uwadze treść art. 24 ust. 11 Pzp oświadczam, że:

1. **nie należę**do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia
2. **należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia

Należę do grupy kapitałowej w skład której wchodzą:

|  |  |
| --- | --- |
| Numer oferty | Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres Wykonawcy (podmiotu) należącego do tej samej grupy kapitałowej |
|  |  |
|  |  |

*/Wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia/*

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.

\* Niepotrzebne skreślić.

...................................... *dn.* ........................ ........................................................

 *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

***UWAGA!*** *Niniejsze oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp*

*Załącznik nr* ***6***  *do SIWZ*

**P R O J E K T U M O W Y**

**UMOWA NR ................................**

W dniu ........................ w Toszku pomiędzy SP ZOZ Szpitalem Psychiatrycznym z siedzibą
w Toszku przy ul. Gliwickiej 5 NIP: 9690946632, zwanym w treści umowy Odbiorcą w imieniu i na rzecz którego działają:

1. dr n. med. Anna Rusek - Dyrektor Szpitala
2. inż. Erwin Janysek - Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych

działającym na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego nr KRS 0000044032 wydanego przez Sąd Rejonowy Wydział X Gospodarczy w Gliwicach, a:

..................................................................................................... z siedzibą w ...........................................

przy ul. ......................................................................., zwanym dalej w treści umowy Dostawcą, który jest reprezentowany przez :

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

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

działającym na podstawie: ............................................................................................................................

wydanego przez: ...........................................................................................................................................

zawarto umowę treści następującej:

 1

Zamówienia udzielono w wyniku przeprowadzonego postępowania publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1843).

 2

1. Przedmiot umowy obejmuje **dostawę materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek w zakresie pakietu ..............................**dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszkuza łączną kwotę:
* netto: ..................................... słownie: ...............................................................................
* VAT: ....................................... słownie: ...............................................................................
* brutto: ..................................... słownie: ...............................................................................

 zgodnie z zakresem przedstawionym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia
 nr 6/PN/DEG/AS/2020 i złożoną ofertą.

1. Dostawy następować będą w sposób ciągły wg asortymentu, w ilościach i po cenie(-ach) jednostkowej(-ych), jak w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

 3

1. Przedmiot umowy musi bezwzględnie spełniać wymagania Ustawy z dnia 20 maja 2010 r.
o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz.U. 2019, poz. 175), a w szczególności musi być dopuszczony do obrotu i używania oraz posiadać oznakowanie CE, o ile wymóg oznakowania dotyczy danego asortymentu.
2. Okres ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy nie może być krótszy niż 12 miesięcy.

 4

* 1. Dostawy realizowane będą w sposób ciągły w zależności od aktualnego zapotrzebowania Odbiorcy.
	2. Uprawniony przedstawiciel Odbiorcy zobowiązuje się każdorazowo mailem zgłosić zapotrzebowanie na dane zamówienie.
	3. Dostawca zobowiązuje się do dostarczenia przedmiotu zamówienia w terminie do 3 dni roboczych od momentu złożenia zamówienia przez uprawnionego przedstawiciela Odbiorcy.
	4. Dostawy następować będą bezpośrednio do apteki (WNIESIONY BEZPOŚREDNIO DO POMIESZCZEŃ APTEKI SZPITALNEJ) od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.00 – 14.00
	5. Dostarczony towar winien być zgodny z zamówieniem, w opakowaniach nieuszkodzony.
	6. Przedmiot zamówienia winien być dostarczany do Odbiorcy środkiem transportu Dostawcy, na jego koszt i ryzyko.
	7. W przypadkach nienależytego wykonania zobowiązania przez Wykonawcę, tj.:
* dostawy towaru wadliwego pod względem jakościowym - zostanie on wymieniony
u Wykonawcy na jego koszt w terminie do 3 dni roboczych od chwili zgłoszenia reklamacji;
* dostarczenia towaru w ilości mniejszej niż zgłoszone zapotrzebowanie – brakujący towar
zostanie dostarczony Zamawiającemu w terminie do 3 dni roboczych od chwili zgłoszenia reklamacji;
* niedotrzymania terminu dostawy - w przypadku przekroczenia przez Wykonawcę terminu dostawy o więcej niż 3 dni roboczych, Zamawiającemu przysługuje prawo zakupu przedmiotu dostawy u innego Wykonawcy.

 5

1. Ze strony Odbiorcy osobą odpowiedzialną za odbiór jakościowy i ilościowy przedmiotu umowy jest ................................................................. .
2. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Dostawcy jest ..................................................... .
3. Dokumentem potwierdzającym dostawę jest faktura, potwierdzona przez uprawnionego przedstawiciela Odbiorcy.
4. Wynagrodzenie określone w 2 płatne będzie w terminie .......... (min. 14 dni, max. 30 dni) dni od daty doręczenia kompletnej i prawidłowo wystawionej faktury, na konto wskazane na fakturze. Faktury będą przesyłane w formie elektronicznej na adres email Zamawiającego: faktury@szpitaltoszek.pl bądź za pośrednictwem poczty na adres: SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek.
5. W przypadku niedoręczenia faktury pod właściwy adres bądź doręczenia niekompletnej, termin wydłuży się proporcjonalnie.
6. Zamawiający będzie przyjmował ustrukturyzowane faktury elektroniczne zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2018 r. poz. 2191).

 6

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony 24 miesiące, tj. od dnia ........................................
do dnia ..................................... . */ dotyczy pakietu III/*
2. Umowa obowiązuje na czas określony 24 miesiące od dnia ........................................
do dnia ..................................... . */ dotyczy pakietu I i II/*
3. Umowa wygasa z chwilą ilościowego wyczerpania asortymentu lub z upływem czasu,
na który została zawarta.

 7

1. Zakazuje się dokonywania istotnych zmian postanowień zawartej umowy, za wyjątkiem:
2. zmiany w zakresie przedmiotowym, tj:
* zastąpienia produktu objętego umową odpowiednikiem w przypadku zaprzestania wytwarzania danego wyrobu medycznego lub wygaśnięcia świadectwa rejestracji, przy czym zmiana ta jest dopuszczalna tylko przy zachowaniu tej samej ceny oraz parametrów,
* sposobu konfekcjonowania produktu i wielkości jednostkowej opakowania,
	1. zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto,
	2. zmiany danych Dostawcy (np. wynikających z przekształceń, przejęć, zmiany adresu siedziby itp.).
1. Zmiany i uzupełnienia do umowy, o których mowa w ust. 1, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Cena(-y) jednostkowa(-e) przedmiotu umowy określona(-e) przez Dostawcę zostanie(-ą) ustalona(-e) na okres ważności umowy i również nie będzie(-ą) podlegała(-y) zmianom.

 8

1. Ustala się następujący sposób naliczania kar umownych:

Dostawca zapłaci Odbiorcy karę umowną:

* + za odstąpienie od umowy przez Odbiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Dostawca – w wysokości 5% netto wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy,
	+ za odstąpienie od umowy przez Dostawcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Dostawca w wysokości 5% netto wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy,
	+ za zwłokę w dostawie zamawianego towaru nie przekraczającą 3 dni robocze – 0,1% netto wynagrodzenia umownego za przedmiot dostawy. W przypadku zwłoki dłuższej niż 3 dni robocze, Odbiorca skorzysta z uprawnienia określonego w § 4 ust. 7 tiret 3 umowy.

Odbiorca zapłaci Dostawcy karę umowną:

* + za odstąpienie od umowy przez Dostawcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Odbiorca – w wysokości 5% netto wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy.
1. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody na zasadach art. 471 Kodeksu Cywilnego oraz odszkodowania na zasadach ogólnych z tytułów innych, niż wymienione w ust. 1.
2. Dostawca wyraża zgodę na potrącenie należnych Odbiorcy kar umownych z faktury końcowej za przedmiot umowy.

 9

Oprócz wypadków wymienionych w treści Tytułu XV Kodeksu Cywilnego, Odbiorca zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:

1. w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży
w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
2. zostanie ogłoszona upadłość lub rozwiązanie firmy Dostawcy,
3. zostanie wydany nakaz zajęcia majątku Dostawcy,
4. Dostawca nie rozpoczął wykonywania umowy bez uzasadnionych przyczyn oraz nie kontynuuje go pomimo wezwania Odbiorcy na piśmie,
5. Dostawca z własnej inicjatywy przerwał wykonywanie umowy i przerwa ta trwa dłużej niż 14 dni.

Odstąpienie od umowy może nastąpić w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Dostawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu
z tytułu wykonania części umowy.

 10

Dostawca bez pisemnej zgody Odbiorcy nie ma prawa dokonywać obrotu wierzytelnościami wynikającymi z niniejszej umowy.

 11

W przypadku zlecenia części zamówienia podwykonawcom, stronami umowy pozostają Dostawca
i Odbiorca. Rozliczenia pomiędzy Dostawcą i podwykonawcą pozostają w gestii Dostawcy.

 12

1. W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mieć będą przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych oraz w sprawach procesowych przepisy Kodeksu Postępowania Cywilnego.
2. Ewentualne spory, powstałe na tle wykonania przedmiotu umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwych rzeczowo sądów powszechnych.

 13

Informacja Administratora Danych Osobowych, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku, działający pod adresem 44-180 Toszek, ul. Gliwicka 5, którego akta rejestrowej przechowuje Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000044032, REGON: 000293114, NIP: 9690946632 (dalej: Szpital Psychiatryczny w Toszku), email: info@szpitaltoszek.pl, [www.szpitaltoszek.pl](http://www.szpitaltoszek.pl);
2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych Pani dr n. med. Anna Rusek z którą można skontaktować się poprzez email: daneosobowe@szpitaltoszek.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr 6/PN/DEG/AS/2020 - Dostawa materiałów opatrunkowych i pieluchomajtek dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

Oznacza to, że dane będą przetwarzane:

1. W szczególności w celach związanych z udostępnieniem dokumentacji postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych,
2. Obowiązek przetwarzania przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowych określonych w przepisach PZP związanych z udziałem zamówienia publicznego.

Podstawowymi aktami prawnymi przetwarzania danych osobowych są:

* Obowiązek prawny ciążący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679),
* Wykonanie zobowiązania umownego (art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679).
1. Pani/Pana dane osobowe będą ujawnione osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz operatorowi pocztowemu lub kurierowi. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Szpitala Psychiatrycznego.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu (wobec przetwarzania w zakresie celów obojętnych prawnie uzasadnionym interesem administratora), prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

 14

Umowa została sporządzona w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Dostawcy
i dwa egzemplarze dla Odbiorcy.

Odbiorca: Dostawca:

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

UWAGA:

Integralną część umowy stanowi załącznik nr 1 – załącznik cenowy, który jest równoważny z Formularzem Cenowym
w zakresie danego pakietu i zostanie on załączony do podpisanej umowy.