*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 1/3*

*pieczęć Wykonawcy*

OFERTA

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

Forma prowadzonej działalności: ……………………………………………………………………..

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

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

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

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

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

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

*(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

1. Termin realizacji zamówienia:

Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w sposób ciągły przez okres :

* 12 m-cy od dnia zawarcia umowy

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia   
   i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz 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 |
|  |  |

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. 2020, poz. 186),   
   a w szczególności został dopuszczony do obrotu i używania oraz oznakowany znakiem CE.

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 2/3*

**OFERTA**

1. 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).*

1. 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. 3/3*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest  **dostawa rękawic ochronnych 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 18/PN/DEG/WK/2020   
na warunkach jak niżej:

**Pakiet I – RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE- NITRYLOWE**

* 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 1/I do Oferty.

* 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu I.

**Pakiet II – RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE LATEKSOWE I CHIRURGICZNE**

* + 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 1/II do Oferty.

* + 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu II.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

\* wypełnić jeżeli dotyczy

## *Załącznik nr 2/I do SIWZ*

**FORMULARZ CENOWY**

Pakiet I- Rękawice diagnostyczne nitrylowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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, nitrylowe, bezpudrowe,  z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „S”, | op.  (100 szt.) | 1 500 op. |  |  |  |  |  |
| 2. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe,  z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „M”, | op.  (100 szt.) | 3 500 op. |  |  |  |  |  |
| 3. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe,  z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „L”, | op.  (100 szt.) | 1 500 op. |  |  |  |  |  |
| 4. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe,  z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana na końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „XL” | op.  (100 szt.) | 1 000 op. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |  |

**\* Do pozycji od 1 do 4 wymaga się dostarczenia 40 sztuk podajników do montażu ściennego, mieszczących opakowanie 100 sztuk rękawic o każdym rozmiarze.**

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

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

**FORMULARZ CENOWY**

Pakiet II- Rękawice diagnostyczne lateksowe i chirurgiczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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.) | 100 op. |  |  |  |  |  |
| 2. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, lateksowe, bezpudrowe,  z rolowanym brzegiem mankietu, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „L” | op.  (100 szt.) | 100 op. |  |  |  |  |  |
| 3. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, lateksowe, bezpudrowe,  z rolowanym brzegiem mankietu, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „XL” | op.  (100 szt.) | 100 op. |  |  |  |  |  |
| 4. | Rękawice chirurgiczne sterylne, lateksowe, bezpudrowe, rozmiary 7,0 | op.  (1 para) | 400 op. |  |  |  |  |  |
| 5. | Rękawice chirurgiczne sterylne, lateksowe, bezpudrowe, rozmiary 8,0 | op.  (1 para) | 200 op. |  |  |  |  |  |
| 6. | 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 pojedynczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Pokryte warstwą ochronno- pielęgnacyjną. Rozmiary S pakowane po 250 szt. | op.  (250 szt.) | 30 op. |  |  |  |  |  |
| 7. | 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 pojedynczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Pokryte warstwą ochronno- pielęgnacyjną. Rozmiary M Pakowane po 250 szt. | op.  (250 szt.) | 30 op. |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawc*

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

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto*  *(zł)* | *Wartość netto*  *(zł)* | *VAT*  *(%)* | *Wartość VAT*  *(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 8. | 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 pojedynczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Pokryte warstwą ochronno- pielęgnacyjną. Rozmiary L pakowane po 250 szt. | op.  (250 szt.) | 30 op. |  |  |  |  |  |
| 9. | 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 pojedynczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Rozmiary S pakowane po 50 szt. | op.  (50 szt.) | 15 op. |  |  |  |  |  |
| 10. | 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 pojedynczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Rozmiary M pakowane po 50 szt. | op.  (50 szt.) | 15 op. |  |  |  |  |  |
| 11. | 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 pojedynczo zawsze za mankiet w celu zniwelowania ryzyka kontaminacji. Rozmiary L pakowane po 50 szt. | op.  (50 szt.) | 15 op. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | | |  |  |  |  |

**\* Do pozycji od 1 do 3 wymaga się dostarczenia 40 sztuk podajników do montażu ściennego, mieszczących opakowanie 100 sztuk rękawic o każdym rozmiarze.**

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

*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.:

**18/PN/DEG/WK/2020**

**Dostawa rękawic ochronnych 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.:

**18/PN/DEG/WK/2020**

**Dostawa rękawic ochronnych 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.:

**18/PN/DEG/WK/2020**

**Dostawa rękawic ochronnych 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*