Załącznik nr 1 do SIWZ

NZP.II-240/01/20

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY***do postępowania NZP II- 240/01/20* |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***IMPLANTY KOSTNE*** |
| ***Zamawiający*** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 |
| ***Wykonawca******pełna nazwa,******adres,******NIP******REGON*** |  |
| ***Nr KRS/CEIDG/inny*** |  |
| ***telefon*** |  |
| ***e-mail*** |  |
| ***Adres do korespondencji*** ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):***  |  |
|  | ***OFEROWANA* WARTOŚĆ BRUTTO *ZA WYKONANIE ZADANIA*** | ***KRYTERIA OCENIANE*** |
| ZADANIE 1*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 2*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 3*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 4*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | TERMIN DOSTAW / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 5*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 5*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 6*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
| ZADANIE 7*(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………..……… | **TERMIN DOSTAW** / TERMIN DOSTAW -UZUPEŁNIENIE DEPOZYTU |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI  |  |
|  |
| ***Termin płatności*** | **60dni**  |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy |
| **OŚWIADCZENIA:**1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz ze wzorze umowy;
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy).
6. uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty,
7. posiadamy zezwolenie na prowadzenie działalności uprawniające do obrotu produktami medycznymi, jeżeli przepisy prawa tego wymagają,
8. proponowany przez nas przedmiot zamówienia jest zgodny z oczekiwaniami Zamawiającego – zgodny z SIWZ
9. wadium w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PLN**, zostało wniesione w dniu: ......................................., w formie: …..…….............................................................................;
10. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek:

 …...………………...........................................................................................…...………; |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:

....................................................................................................................................................................... e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..;1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

....................................................................................................................................................................... e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..; |
| **PODWYKONAWCY:**Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)1. .........................................................................................................................................................
2. .........................................................................................................................................................
 |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)* **na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw**(właściwe zaznaczyć)**⬜** TAK **⬜** NIE |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

………………………………………………………………………………

Załącznik nr 2 do SIWZ

NZP.II-240/01/20

**FORMULARZ CENOWY (*szczegółowy opis przedmiotu zamówienia*)**

 **- DOKUMENT DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 3 do SIWZ

NZP.II-240/01/20

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych**

**w postępowaniu nr NZP.II-240/01/20 na dostawę IMPLANTÓW KOSTNYCH**

**OŚWIADCZENIE SKŁADANE W FORMIE WYPEŁNIONEGO JEDNOLITEGO DOKUMENTU SPORZĄDZONEGO ZGODNIE ZE WZOREM STANDARDOWEGO FORMULARZA ZWANEGO DALEJ "JEDNOLITYM DOKUMENTEM LUB JEDZ" W FORMIE OPISANEJ W ROZDZIALE 6 SIWZ – (dokument do pobrania w odrębnym pliku)**

Załącznik nr 4 do SIWZ

NZP.II-240/01/20

**PROJEKT UMOWY - DOKUMENT DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 5 do SIWZ

NZP.II-240/01/20

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art.24 ust.1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***IMPLANTY KOSTNE***

prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** , oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

**Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**

Załącznik nr 6 do SIWZ

NZP.II-240/01/20

………………….………,dnia ………………………………

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:**IMPLANTY KOSTNE**

 *oświadczam, że:*

posiadam aktualne świadectwa dopuszczające do *obrotu medycznego / wpis do rejestru wyrobów medycznych* dla poszczególnych pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia oraz udostępnię dane dokumenty na każde żądanie Zamawiającego (w ciągu 4 dni roboczych).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie:** | **Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru** | **Zadanie:** | **Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru** |
| **1** |  | **6** |  |
| **2** |  | **7** |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |