**BZP. 271.1.8.2021.WIM**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-1): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON:[[2]](#footnote-2) | [……]  [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy:  Adres pocztowy:  Telefon:  Adres e-mail: | [……]  [……]  [……] |
| Czy wykonawca jest: | mikroprzedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  małym przedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  średnim przedsiębiorstwem[ ] Tak [ ] Nie |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:  Imię i nazwisko:  Stanowisko:  Podstawa umocowania: | [……]  [……]  [……]  [……] |
| Czy dokumentacje, z której wynika sposób reprezentacji wykonawcy (np. organ uprawniony do reprezentacji podmiotu) można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:  Jeżeli powyższe dane są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać dane niezbędne do ich pobrania: | [ ] Tak, można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych: W przypadku wyrażenia zgody dokumenty te pobrać można pod adresami: <https://prod.ceidg.gov.pl>; https://ems.ms.gov.pl;  W przypadku gdy dokumenty te dostępne są pod innymi adresami niż powyżej podać należy np. adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji, identyfikator wydruku: …………………………………………………  [ ] Nie |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **Dostawa sprzętu medycznego do Zakładu Opieki Długoterminowej przy ul. Bydgoskiej 14 w Świnoujściu** niniejszym:

1. **SKŁADAMY** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za:

**CZĘŚĆ 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa sprzętu | Cena jednostkowa netto | Ilość | Wartość netto | VAT (%) | Wartość brutto |
| 1 | Fotel do dializy do pobytu dziennego pacjentów |  | 2 |  |  |  |
| 2 | Stół do badań |  | 5 |  |  |  |
| 3 | wózek do przewozu zwłok |  | 4 |  |  |  |
| 4 | wózek wanna |  | 3 |  |  |  |
| 5 | Leżanki do fizykoterapii |  | 10 |  |  |  |
| 6 | stół rehabilitacyjny do pionizacji |  | 3 |  |  |  |
| 7 | stół do masażu |  | 6 |  |  |  |
| 8 | krzesło do masażu |  | 2 |  |  |  |
| 9 | Fotel do poboru krwi |  | 4 |  |  |  |
| 10 | stolik zabiegowy przejezdny |  | 3 |  |  |  |
| 11 | stolik narzędziowy przejezdny |  | 3 |  |  |  |
| 12 | wózek na aparaturę |  | 9 |  |  |  |
| 13 | Wózek zabiegowy |  | 7 |  |  |  |
| 14 | szafa lekarska szer. 80cm przeszklona |  | 5 |  |  |  |
| 15 | Wózek inwalidzki klasyczny składany (150kg) |  | 45 |  |  |  |
| 16 | Wózek inwalidzki klasyczny składany (170 kg) |  | 15 |  |  |  |
| 17 | Wózek inwalidzki leżakowy składany |  | 12 |  |  |  |
| 18 | Wózek toaletowy (150kg) |  | 24 |  |  |  |
| 19 | Wózek toaletowy (170kg) |  | 6 |  |  |  |
| 20 | Chodzik |  | 40 |  |  |  |
| 21 | Balkonik pachowy |  | 8 |  |  |  |
| 22 | Kule rehabilitacyjne |  | 60 |  |  |  |
| 23 | Podnośnik transportowy |  | 3 |  |  |  |
| 24 | Rolki przenośnikowe |  | 6 |  |  |  |
| 25 | Łatwoślizgi medyczne |  | 6 |  |  |  |
| 26 | Wózek na leki |  | 3 |  |  |  |
| 27 | Materace przeciwodleżynowe |  | 33 |  |  |  |

Razem:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wartość netto | VAT (%) | Wartość brutto |
|  |  |  |

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie ………(max 60) dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy.**

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia objęty jest ……. miesięczną (min. 36 m-cy) gwarancją i rękojmią.**

**CZĘŚĆ 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa sprzętu | Cena jednostkowa netto | Ilość | Wartość netto | VAT (%) | Wartość brutto |
| 1 | Rower rehabilitacyjny |  | 1 |  |  |  |
| 2 | ergometr rowerowy |  | 1 |  |  |  |
| 3 | Schody do nauki chodzenia z pochylnią |  | 1 |  |  |  |
| 4 | tor do nauki chodzenia |  | 1 |  |  |  |
| 5 | tablica do ćwiczeń manualnych |  | 4 |  |  |  |
| 6 | piłki do ćwiczeń rehabilitacyjnych |  | 57 |  |  |  |
| 7 | Wioślarz wodny |  | 1 |  |  |  |
| 8 | Orbitek treningowy |  | 2 |  |  |  |
| 9 | kabina do ćwiczeń i zawieszeń |  | 4 |  |  |  |
| 10 | materac gimnastyczny 90cm |  | 4 |  |  |  |

**Razem:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wartość netto | VAT (%) | Wartość brutto |
|  |  |  |

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie ………(max 60) dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy.**

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia objęty jest ……. miesięczną (min. 36 m-cy) gwarancją i rękojmią.**

**CZĘŚĆ 3:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa sprzętu | Cena jednostkowa netto | Ilość | Wartość netto | VAT (%) | Wartość brutto |
| 1 | aparat do terapii ultra-dźwiękowej |  | 1 |  |  |  |
| 2 | Aparat wielofunkcyjny do elektroterapii laseroterapii i magnetoterapii |  | 1 |  |  |  |
| 3 | Aparat do elektroterapii dwustanowiskowy |  | 2 |  |  |  |
| 4 | lampa mobilna IR do światłoterapii |  | 2 |  |  |  |
| 5 | aparat do laseroterapii |  | 2 |  |  |  |
| 6 | aparat do masażu limfatycznego |  | 2 |  |  |  |
| 7 | inhalator pneumatyczny |  | 15 |  |  |  |
| 8 | kardiomonitor |  | 9 |  |  |  |
| 9 | defibrylator z możliwością kardiowersji |  | 5 |  |  |  |
| 10 | zestaw reanimacyjny |  | 5 |  |  |  |
| 11 | ssak elektryczny |  | 9 |  |  |  |
| 12 | waga elektroniczna ze wzrostomierzem |  | 6 |  |  |  |
| 13 | koncentrator tlenu |  | 10 |  |  |  |
| 14 | Pulsoksymetr |  | 8 |  |  |  |
| 15 | Pompa infuzyjna |  | 6 |  |  |  |
| 16 | Pompa do żywienia dojelitowego |  | 6 |  |  |  |
| 17 | Aparat EKG |  | 6 |  |  |  |
| 18 | Aparat USG |  | 1 |  |  |  |
| 19 | Aparat do krioterapii za pomocą azotu |  | 2 |  |  |  |
| 20 | Aparat do światłolecznictwa typu bioptron |  | 1 |  |  |  |
| 21 | Aparat do głębokiej symulacji elekrtomagnetycznej |  | 1 |  |  |  |
| 22 | Aparat do terapii falą uderzeniową |  | 1 |  |  |  |

**Razem:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wartość netto | VAT (%) | Wartość brutto |
|  |  |  |

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie ………(max 60) dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy.**

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia objęty jest ……. miesięczną (min. 36 m-cy) gwarancją i rękojmią.**

1. Oświadczamy, że wadium w wysokości …………….PLN wnieśliśmy w dniu ………. w formie …………………….
2. **OŚWIADCZAMY**, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w naszym imieniu, *jest rachunkiem/nie jest rachunkiem*\* dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - *Prawo Bankowe* prowadzony jest rachunek VAT.
3. **OŚWIADCZAMY,** że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie określonym w SWZ.
4. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia, tj. przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
5. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

***\* Wpisać „X” we właściwy kwadrat***

1. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami/ **ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia *(niepotrzebne skreślić):*

Poniżej podajemy części zamówienia, których wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcom oraz wykaz firm podwykonawców, którym wykonanie w/w części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Firma podwykonawcy | część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

Oświadczamy, że oferta **nie zawiera/ zawiera (właściwe podkreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

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

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

Uzasadnienie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

………………………………………………………………………………………………

**Uwaga! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone stanowią tajemnice przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.**.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu- dotyczy/nie dotyczy.

Załącznikami do formularza oferty są:

1. Dokumenty wymagane zgodnie z *SWZ.*
2. Załączniki wymienione w *SWZ.*

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[3]](#footnote-3))*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**BZP. 271.1.8.2021.WIM**

Nazwa wykonawcy ...............................................................

Adres siedziby .......................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

(składane na wezwanie, o którym mowa w 126 ust. 1 PZP)

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn. **„Dostawa sprzętu medycznego do Zakładu Opieki Długoterminowej przy ul. Bydgoskiej 14 w Świnoujściu”** zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019)- dalej PZP niniejszym:

**□ OŚWIADCZAM/Y,** że należę/należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu art. 108 ust. 1 pkt 5 PZP w skład której wchodzą następujące podmioty\*[[4]](#footnote-4):

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Lista podmiotów** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

**□ OŚWIADCZAM/Y,** że nie należę/należymy do grupy kapitałowej o której mowa w rozumieniu art. 108 ust. 1 pkt 5 PZP\*

**□ OŚWIADCZAM/Y,** że nie należę/należymy do żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086)\*,

***\* zaznaczyć właściwy kwadrat***

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[5]](#footnote-5))*

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**BZP. 271.1.8.2021.WIM**

Nazwa wykonawcy ...............................................................

Adres siedziby .......................................................................

**WYKAZ ZAMÓWIEŃ**

**(składany na wezwanie, o którym mowa w 126 ust. 1 PZP)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wskazanie zakresu dostawy[[6]](#footnote-6)** | **Wartość zamówienia**  **Brutto** | **Termin realizacji**  **(od – do)** | **Miejsce wykonania dostawy (adres)** | **Zamawiający (nazwa, adres, dane do kontaktu)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[7]](#footnote-7))*

**Załącznik nr 4 do SIWZ** **BZP. 271.1.8.2021.WIM**

Nazwa wykonawcy ...............................................................

Adres siedziby .......................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

(składane na wezwanie, o którym mowa w 126 ust. 1 PZP)

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 PZP, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 3, 6 PZP, oraz w art. 109 ust. 1 pkt 5-10 PZP**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn. **„Dostawa sprzętu medycznego do Zakładu Opieki Długoterminowej przy ul. Bydgoskiej 14 w Świnoujściu”** zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019)- dalej PZP niniejszym:

* **Oświadczam, że informacje przedstawione we wstępnym oświadczeniu złożonym wraz z ofertą, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 3,6 PZP pozostają aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia;**
* **Oświadczam, że informacje przedstawione we wstępnym oświadczeniu złożonym wraz z ofertą, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 5,7,8,9 oraz 10 PZP pozostają aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.**

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[8]](#footnote-8))*

1. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-2)
3. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku, gdy Wykonawca złoży oświadczenie o przynależności do tej samej grupy kapitałowej, dołącza do niego dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty, niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej [↑](#footnote-ref-4)
5. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-5)
6. Zamawiający uzna, że wykonawca posiada wymagane zdolności techniczne lub zawodowe zapewniające należyte wykonanie zamówienia, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wykonał:

   Dla części 1 - co najmniej dwa zamówienia o wartości nie mniejszej niż 250 000,00 PLN (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy zł) brutto każde, odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia, przez co rozumie się zamówienia polegające na realizacji dostawy sprzętu i/lub wyposażenia rehabilitacyjnego. W przypadku składania oferty wspólnej ww. warunek musi spełniać jeden z wykonawców samodzielnie.

   Dla części 2 - co najmniej dwa zamówienia o wartości nie mniejszej niż 50 000,00 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy zł) brutto każde, odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia, przez co rozumie się zamówienia polegające na realizacji dostawy sprzętu i/lub wyposażenia rehabilitacyjnego. W przypadku składania oferty wspólnej ww. warunek musi spełniać jeden z wykonawców samodzielnie.

   Dla części 3 - co najmniej dwa zamówienia o wartości nie mniejszej niż 300 000,00 PLN (słownie: trzysta tysięcy zł) brutto każde, odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia, przez co rozumie się zamówienia polegające na realizacji dostawy sprzętu i/lub wyposażenia medycznego. W przypadku składania oferty wspólnej ww. warunek musi spełniać jeden z wykonawców samodzielnie [↑](#footnote-ref-6)
7. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-7)
8. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-8)