

Załącznik nr 1 do SWZ / Załącznik nr 2 do Umowy

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa Wykonawcy:	Mercator Medical Spółka Akcyjna
Adres (siedziba) Wykonawcy:	ul. Heleny Modrzejewskiej 30; 31-327 Kraków
Województwo:	MAŁOPOLSKIE
KRS:	0000036244
NIP:	677-10-36-424
REGON:	350967107
Nr rachunku do rozliczeń pomiędzy zamawiającym a Wykonawcą	mBank nr 86 1140 1081 0000 3197 5000 1001
Osoba do kontaktu:	Małgorzata Patuła
Telefon:	12/ 6655400
e-mail:	przetargi@pl.mercatormedical.eu

Dane dotyczące zamawiającego

Nazwa Zamawiającego:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Adres (siedziba) Zamawiającego:	ul. Kościuszki 10, 88-300 Mogilno
Województwo:	kujawsko-pomorskie
KRS:	0000011220
NIP:	557-15-20-586
REGON:	092358112
Telefon:	52 315 23 03
Strona www	http://spzoz-mogilno.bip.net.pl
e-mail:	przetargi@mpcz.pl

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: – *Dostawy rękawic chirurgicznych*. Numer sprawy: 20RCHspzoz2023 oferujemy:

1. Całkowita cena za realizację zamówienia:

Cena oferty	Wartość netto	Stawka podatku VAT w ... / ...%	Kwota podatku VAT	Wartość brutto
Zadanie nr 3	8 090,00 zł	8%	647,20 zł	8 737,20 zł
Zadanie nr				
RAZEM				

2. Termin dostawy:

Termin dostawy	Ilość dni roboczych*
1 dzień – 40 pkt 2 dni – 20 pkt 3 dni – 10 pkt 4 dni – 0 pkt1 dzień.....
*Dzień roboczy to dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	

Informuję, że:

Wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

~~Wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług*:~~

.....
.....
.....;

~~których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u zamawiającego to:~~

.....
..... zł netto*

Oświadczam, że:

- termin realizacji: **24 miesiące**,
- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji: e-mail, fax,
- termin płatności: do 60 dni.

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

1. **Oświadczam/my**, że zapoznałem się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. **Oświadczam/my**, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
3. **Oświadczam/my**, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia postanowienia umowy / wzór umowy zostały przeze mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. **Oświadczam/my**, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w specyfikacji warunków zamówienia.

5. **Oświadczam/my**, iż zaoferowane wyroby medyczne spełniają wymagania zawarte w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022.974 t.j.) oraz z dyrektywą o wyrobach medycznych – UE MDR (Medical Device Regulation – wyroby wyprodukowane po 26.05.2021 r.) i dyrektywą europejską w sprawie wyrobów medycznych (93/42 / EWG znane jako MDD – wyroby wyprodukowane przed 26.05.2021 r.) o ile dotyczy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. **Oświadczam/my**, że zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w specyfikacji warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.
7. **Oświadczam/my**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy sami / ~~z udziałem podwykonawców~~.*

L.p.	Nazwa (firma) podwykonawcy	Część/zakres zamówienia
1.		
2.		
3.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

8. ~~W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niż wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):*~~

L.p.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		
2.		
3.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

9. Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym)

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR	
Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR	
Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.	
Żadne z powyższych	X

10. **Oświadczam/my**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²⁾
11. ~~Poświadczam wniesienie wadium w formie~~ ~~Wadium wpłacone w formie pieniężnej należy zwrócić na rachunek bankowy nr~~*

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

Formularz cenowy

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia

Pełnomocnictwo

.....

.....

.....
.....

Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być udostępniane (wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa): -nie dotyczy-

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

Inne informacje wykonawcy:

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

20.09.2023

.....
(data)

* niepotrzebne skreślić

¹⁾ rozporządzenie 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).

²⁾ 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).

Załącznik nr 2 do SWZ / Załącznik nr 1 do Umowy

FORMULARZ CENOWY (OPZ)

Zadanie nr 3

CPV-18424300- 0 RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE

Lp	Opis przedmiotu zamówienia	j. miary	Ilość w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena netto/1op	Podatek Vat	Cena brutto 1op	Wartość netto	Wartość brutto
1	Rękawice lateksowe, pudrowane , niesterylne, teksturowane na palcach i dłoni, grubość palcu 0,11±0,02mm, na dłoni 0,10±0,02mm, na mankiecie 0,07±0,01mm, długość min 240mm. AQL 1,5, siła zrywu min 6N wg EN 455 -potwierdzone badaniami z jednostki notyfikowanej. Zgodne z normami EN ISO 374-1, EN 374-2, EN 16523-1, EN 374-4 oraz odporne na przenikanie bakterii, grzybów i wirusów zgodnie z EN ISO 374-5 i ASTM F 1671. Zarejestrowane jako wyrób medyczny klasy I i środek ochrony indywidualnej kat. III. Dopuszczone do kontaktu z żywnością. potwierdzone piktogramem na opakowaniu.Pozbawione dodatków chemicznych: MBT, ZMBT, BHT, BHA, TMTD - potwierdzone badaniem metodą HPLC z jednostki niezależnej. Opakowanie 100 szt. Rozmiary XS-XL kodowane kolorystycznie na opakowaniu.	OP	100	1000	8,09 zł	8%	8,74 zł	8 090,00 zł	8 737,20 zł
Ogółem								8 090,00 zł	8 737,20 zł

Specyfikacja Warunków Zamówienia

Zamawiający nie dopuszcza składania oferty na poszczególne pozycje w ramach "Zadania", Wykonawca winien złożyć ofertę na wszystkie pozycje w zakresie Zadania. Wykonawca może usunąć w arkuszu Zadania/części, na które nie składa oferty lub pozostawić je niewypełnione.

Wartości z pozycji **Ogółem (netto, VAT, brutto)** należy przenieść do formularza ofertowego w miejsce przeznaczone do wpisania wartości za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania n.

Załącznik nr 3 do SWZ

Wykonawca:

Mercator Medical S.A.

ul. Heleny Modrzejewskiej 30;

31-327 Kraków

NIP 677-10-36-424

KRS 0000036244

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

reprezentowany przez:

Małgorzata Patuła – Specjalista

Zamówień Publicznych/Pełnomocnik

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenia Wykonawcy
składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień
publicznych dotyczące podstaw do wykluczenia z postępowania**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie pn.

„Dostawy rękawic chirurgicznych”

Oświadczam/my, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp. oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

*Oświadczam/y, że **zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia** z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt. 1, 2 i 5, i/lub art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: -nie dotyczy-

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

* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:-nie dotyczy-

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania 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 przedstawieniu informacji.

* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić