Załącznik Nr 1

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A – pakiet …..**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Numer telefonu / faxu …………………………………………………………………………………

Adres e-mail ............................................................................................................................................

Numer NIP i Regon ………………………………………………...…………………….……………

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II; 05-825 Grodzisk Mazowiecki; ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na **dostawę leków 2021/2020 mały** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

Opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych w dniu 31.12.2020 r. pod nr 776432-N-2020oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* 1. Oferuję wykonanie zamówienia

**Pakiet nr ……**

* za cenę (netto) ................................. zł.
* podatek VAT ................................. zł.
* cena brutto ................................. zł.
* Słownie brutto: ...................................................................................................................

.......................................................................................................złotych

**Pakiet nr ……**

* za cenę (netto) ................................. zł.
* podatek VAT ................................. zł.
* cena brutto ................................. zł.
* Słownie brutto: ...................................................................................................................

.......................................................................................................złotych

wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – **zał. Nr ......**

* 1. W terminie: **24 miesiące** od daty podpisania umowy. Dostawy realizowane będą sukcesywne w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty otrzymania zamówienia jednostkowego (do godz. 11:00). Dostawy „cito” realizowane będzie maksymalnie do 6 godzinod otrzymania zamówienia. Zamówienia składane będą drogą elektroniczną/faksową.
	2. przy warunkach płatności ........ dni / wymagany termin płatności minimum : **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni /
	3. terminem ważności: …… miesięcy/ min. 12 miesięcy liczony od dnia dostawy/
1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zostały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że oferowane leki posiadają stosowne **certyfikaty i atesty**, a w przypadku leków i wyrobów medycznych zostały umieszczone w urzędowy wykaz produktów leczniczych posiadających dopuszczenie do obrotu na terenie RP lub posiadają aktualny wpis do Rejestru Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych dopuszczające do stosowania zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na żądanie Zamawiającego, Wykonawca przedłoży kopie atestów, certyfikatów lub wpisów do rejestrów potwierdzone „ za zgodność z oryginałem”.
5. Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

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

Zamówienia będą składane drogą elektroniczną/faksem na adres/nr

……………………………….……@…………………...…………; fax. nr: …………………….

1. Wykonawca jest **małym \*/średnim \*/ dużym \*/ przedsiębiorstwem**

***\*niepotrzebne wykreślić***

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):
* 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 / usług: ………………………………………………

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………… zł netto\*.

\*dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:

* wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
* mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,
* importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.
1. Oświadczam, 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. Oświadczam, że wszystkie zatrudnione przeze mnie osoby które będą realizowały usługę, wszelkie informacje, uzyskane w związku z realizacją niniejszej umowy, w tym imię i nazwisko, adres i numer telefonu/ów, będą traktowały jako poufne w trakcie obowiązywania umowy oraz po jej zakończeniu i nie będą ich przekazywały osobom postronnym.
3. Zzałączniki do oferty:
4. ...........................................................................................................................................................
5. ……………………………………………………………………………………………………...

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

**Uwaga; Pola wykropkowane proszę wypełnić czytelnie**

###### Załącznik Nr 2

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY – Pakiet ….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa produktu z SIWZ** | **Nazwa produktu, która będzie wpisana na fakturze** | **Ilość****z SIWZ** | **J.m** | **Cena jedn.** **netto zł.** | **Cena netto****zł.** | **VAT****%** | **Kwota****VAT** | **Cena brutto****zł.** | **Kod EAN - przy każdej pozycji asortymentu lekowego.** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| itd |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:**  |  |  |  |  |  |

UWAGA:

1. Dotyczy tabletek. Zamawiający dopuszcza możliwość różnego rodzaju konfekcjonowania, jednak wymaga jednoznacznego określenia w formularzu cenowym ilości proponowanych jednostek zamówienia w opakowaniu – pełne opakowania (należy podać ilość tabletek, ampułek, fiolek itp. w opakowaniu oraz cenę jednego opakowania).
2. W przypadku gdy Wykonawca złoży ofertę na kilka pakietów, „FORMULARZ CENOWY” należy wypełnić na każdy pakiet osobno Formularz cenowy należy załączyć dodatkowo na nośniku elektronicznym (w programie Word lub Excel)

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik Nr 3**

**Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………….**

**Adres Wykonawcy …………………………………………………………………..**

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:
**dostawę leków 2021/2020 mały** oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

[UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

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 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..…………………...........……………………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, 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 podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 4**

Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy …………………………………………………………………..

Numer telefonu / faxu ……………………………………………………………….

Adres e-mail ................................................................................................................

Numer NIP i Regon ………………………………………………………………….

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Nr ……………………..**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:na dostawę leków 2021/2022 mały oświadczam, co następuje:

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w Rozdziale IV .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………………………………………..…….

..…………………………………………………………………………………………………………. w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

###### Załącznik Nr 5

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Na dostawę leków 2021/2022 mały dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o

dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| l.p. | Wskazanie wykonawcy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

…………………………………………………………………………………………………..

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**UWAGA!**

**Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty.**