**ZAŁĄCZNIK NR 1 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **OFERTA** |

**Do**

**Polkowickiego Centrum**

**Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.**

**ul. K. B. Kominka 7**

**59-101 Polkowice**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

**MY NIŻEJ PODPISANI**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

działając w imieniu i na rzecz

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………..**

*(nazwa /firma/ dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy /firmy/ i dokładne adresy*

*Wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

**1. SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,

**2. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

**3. OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

- cena netto …………………………zł, słownie złotych, …………. …………………………………

- cena brutto ……………………… zł , słownie złotych ……………………………………………..

zgodnie z dołączonym do oferty załącznikiem cenowym.

Termin płatności …………………. dni

Ilość kontroli przez osoby Nadzorujące w miesiącu ……………………………

**2) Część 2\*: Wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki:**

- cena netto …………………………zł, słownie złotych, …………. …………………………………

- cena brutto ……………………… zł , słownie złotych ……………………………………………..

zgodnie z dołączonym do oferty załącznikiem cenowym.

Termin płatności …………………. dni

Ilość kontroli przez osoby Nadzorujące w miesiącu …………………………..

**4. OŚWIADCZAMY**, że należymy:

- do małych przedsiębiorstw\*

- do średnich przedsiębiorstw\*

- nie dotyczy\*

**5. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie wskazanym w SIWZ.

**6. UWAŻAMY SIĘ** za związanych z niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**7. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami / niżej wymienione części zamówienia zostaną powierzone do realizacji podwykonawcom *(należy podać zakres)*:

1…………………………….

**8. OŚWIADCZAMY**, że sposób reprezentacji spółki/konsorcjum\* dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

………………………………………………………………...………………………………………………………... *(wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)*

**9. OŚWIADCZAMY**, że następujące informacje/dokumenty stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane:

a) …………………………………………………………………………………………………………,

b) …………………………………………………………………………………………………………

*(w załączeniu* ***uzasadnienie*** *zastrzeżenia ww. informacji i dokumentów jako tajemnicy przedsiębiorstwa)*

**10. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**11.** **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.\*

**12. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….………………

email …………………………………………….. fax ………………………………..

**13. OFERTĘ** niniejszą składamy na ………. kolejno ponumerowanych stronach.

**14. WRAZ Z OFERTĄ** składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

- ……………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………

*\*niepotrzebne skreślić*

……………………….. dnia …………….

……………………………………………..

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

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)*

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**do Formularza Oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **Formularz cenowy** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

oferujemy:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena ryczałtowa netto za 1 miesiąc wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu**  | **Podatek VAT (%)** | **Cena ryczałtowa brutto za 1 miesiąc wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu** | **Wartość brutto wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu za 12 miesięcy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|  |  |  |  |
| **OGÓŁEM WARTOŚĆ** |  |

**2) Część 2\*:**

**a) Wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena ryczałtowa netto za 1 miesiąc świadczenia fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu** | **Podatek VAT (%)** | **Cena ryczałtowa brutto za 1 miesiąc świadczenia fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu** | **Wartość brutto świadczenia fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu za 12 miesięcy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|  |  |  |  |
| **OGÓŁEM WARTOŚĆ** |  |

**b) Wykonywanie usług konwojów gotówki**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto za 1 usługę konwoju gotówki** | **Podatek VAT (%)** | **Cena brutto za 1 usługę konwoju gotówki** | **Szacunkowa ilość konwojów gotówki za okres 12 m-cy\*** | **Wartość brutto świadczenia usług konwojów gotówki za 12 miesięcy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM WARTOŚĆ**  |  |

\* *UWAGA!*

*W zakresie wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu dla części 1 rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą odbywały się ryczałtowo w okresach miesięcznych.*

*W zakresie świadczenia fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7, dla części 2 – usług ochroniarskich - rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą odbywały się ryczałtowo w okresach miesięcznych.*

*W zakresie świadczenia usług konwojów gotówki dla części 2 podane w pkt 4 ilości stanowią szacunkową średnią ilość wykonywanych konwojów gotówki w miesiącu. Wskazane ilości szacunkowe nie stanowią zobowiązania Zamawiającego do ich całkowitego wykorzystania i mogą zostać niewykorzystane.*

*Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą się odbywały na podstawie rzeczywistych ilości wykonanych konwojów i ceny jednostkowej brutto za 1 usługę konwoju gotówki**określonej w poz. 3.*

…………………….. dnia ……… ………. ……………………………………………….

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 2 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy/Wykonawców) | **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** |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

oświadczam/y, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

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

 *……………………………………………..*

*( podpis upoważnionego przedstawiciela 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 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 upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**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 upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

 *……………………………………………..*

*( podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**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 upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*

***ZAŁĄCZNIK NR 3 do SIWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **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**  |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

oświadczam/y, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego dotyczące:

a) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

b) sytuacji ekonomicznej lub finansowej;

c) zdolności technicznej lub zawodowej.

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

 *……………………………………………..*

*( podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego dotyczących:

a) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

b) sytuacji ekonomicznej lub finansowej;

c) zdolności technicznej lub zawodowej*,*

polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

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

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

…………………………………………………………………………………………………………

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

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

*( podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**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 upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*

**ZAŁĄCZNIK NR 4 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **Wykaz części zamówienia, które Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres powierzonych czynności, część powierzonego zamówienia**  |
|  |  |

**\*Uwaga! W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza powierzać części zamówienia podwykonawcom, niniejszy wykaz należy przekreślić, oznaczyć napisem „NIE DOTYCZY” i dołączyć do oferty.**

………………………….. dnia ……………….. roku

……………………………………………..

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ** – wzór informacji

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy/Wykonawców) | ***INFORMACJA WYKONAWCY*** |

Nazwa Wykonawcy..................................................................................................

NIP ................................................................... REGON.....................................

Adres ..................................................................................................................

Powiat............................................... Województwo ..................................

Niniejszym, składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

po zapoznaniu się z treścią art. 4 pkt 1, pkt 4 i pkt 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów oraz z treścią art. 24 ust. 1 pkt 23 oraz art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, oświadczamy, że:

1. **przynależymy**\* do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 369 z późn. zm.) z:

1) ……………………

2) ………………...

2. **nie przynależymy**\* do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 369 z późn. zm.).

*UWAGA! W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu*

..............................., dn. .........................

*……………………………………………..*

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **WYKAZ WYKONANYCH USŁUG** |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

oświadczamy, że reprezentowana przez nas firma zrealizowała (rozpoczęła i zakończyła) w ciągu ostatnich 3 lat następujące usługi:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis****przedmiotu usług** | **Termin****wykonania usług** | **Wartość brutto usług** | **Zamawiający, na rzecz którego wykonano daną usługę -****nazwa, adres** |
|  |  |  |  |  |

**2) Część 2\*: Wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 i wykonywanie usług konwojów gotówki:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis****przedmiotu usług** | **Termin****wykonania usług** | **Wartość brutto usług** | **Zamawiający, na rzecz którego wykonano daną usługę -****nazwa, adres** |
|  |  |  |  |  |

Załączamy dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych w tabeli zamówień.

..............................., dn. .........................

*……………………………………………..*

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 7 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **WYKAZ OSÓB** |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

przedstawiamy wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres uprawnień** | **Imię i nazwisko osoby uczestniczącej****w wykonywaniu zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie,** | **Informacja o podstawie do dysponowania daną osobą** |
|  |  |  |  |  |

**2) Część 2\*: Wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 i wykonywanie usług konwojów gotówki:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres uprawnień** | **Imię i nazwisko osoby uczestniczącej****w wykonywaniu zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie,** | **Informacja o podstawie do dysponowania daną osobą** |
|  |  |  |  |  |

………………………….. dnia ………….. ……………………………

  *(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 8 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **WYKAZ SPRZĘTU I NARZĘDZI** |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

przedstawiamy wykaz sprzętu i narzędzi dostępnych wykonawcy w celu wykonania zamówienia publicznego:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz sprzętu i narzędzi** | **Ilość sztuk pozostających w dyspozycji** |
|  |  |  |

**2) Część 2\*: Wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 i wykonywanie usług konwojów gotówki:**

a) wykaz punktów kontroli obchodów: …………………………………………………………………………..

b) system NAPAD: ……………………………………………………………………………………………

c) wsparcie grupy patrolowo-interwencyjnej: ……………………………………………………………………

………………………….. dnia …………..

 ……………………………………

 (podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 10 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **OŚWIADCZENIA****WYKONAWCY** |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM**

**NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów\*:

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

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

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

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

|  |
| --- |
| Upełnomocniony przedstawiciel wykonawcy |
|  |
| ....................................... |
| *(*podpis, pieczęć*)* |
| Data: ..................................... |

\*)

W przypadku kiedy Wykonawca nie będzie polegał na zasobach innych podmiotów w celu wykazania spełnienia warunku udziału w postępowaniu należy wpisać NIE DOTYCZY

W przypadku kiedy wykonawca będzie polegał na zasobach innych podmiotów w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, musi do oferty załączyć ZOBOWIĄZANIE innych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia, w sytuacji określonej w art. 22a ustawy pzp.

**ZAŁĄCZNIK NR 11 do SIWZ**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych –ZOZ S.A. z siedzibą w Polkowicach ul. Kard. B. Kominka 7;

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - Inspektor Ochrony Danych, Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. ul. Kard. B. Kominka 7, 59–101 Polkowice, email: iod@pcuz.eu;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu prowadzenia postępowań z zakresu zamówień publicznych, w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy prawo zamówień publicznych;

a) Pani / Pana dane osobowe udostępniane będą, podmiotom świadczącym Administratorowi usługi, które dla realizacji celów są niezbędne, w tym w szczególności podmiotom świadczącym usługi informatyczne, wsparcia technicznego i organizacyjnego oraz podmiotom którym udostępniona zostanie dokumentacja w oparciu o regulacje ustawy prawo zamówień publicznych;

b) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986), dalej „ustawa Pzp”;

c) Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych to 4 lata od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata przez okres trwania umowy, bądź do zakończenia obowiązku archiwizacji dokumentów;

d) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;

e) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych, o ile inne przepisy prawa nie uniemożliwiają Administratorowi Danych Osobowych realizacji tych praw,

f) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych narusza Pani / Pana prawa lub wolności;

g) Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne dla realizacji wymienionych celów, brak ich podania uniemożliwi Pani / Panu korzystanie z przysługujących na podstawie ustawy prawo zamówień publicznych praw;

h) Pani/Pana dane nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie podlegają profilowaniu ani udostępnianiu do państw trzecich

i) nie przysługuje Pani/Panu

− w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

− prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

− na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO

Jednocześnie Zamawiający informuje, że Wykonawca jest zobowiązany wypełnić obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**ZAŁĄCZNIK NR 15 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **ZOBOWIĄZANIE INNYCH PODMIOTÓW** **DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW** **NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA W TRYBIE ART. 22A UST 1 USTAWY PZP** |

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy)*

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

**o ś w i a d c z a m(/y)**,

że przedmiot umowy w zakresie wsparcia ochrony fizycznej w postaci zewnętrznej grupy interwencyjnej, stosownie do art. 22a ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843). odda Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

do dyspozycji niezbędne zasoby1……………………………………………………………….

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

*(zakres udostępnianych zasobów)*

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia na ……………………………...

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

przez cały okres realizacji zamówienia i w celu jego należytego wykonania.

Sposób wykorzystania ww. zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia2: …………........…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Charakter stosunku, jaki będzie łączył nas z Wykonawcą3: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………..

*(miejsce i data złożenia oświadczenia)*

 …………………………………………………………………

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Zakres udostępnianych zasobów niezbędnych do potwierdzenia spełniania warunku:

- kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

- sytuacja ekonomiczna lub finansowa;

- zdolności techniczne lub zawodowe.

1. np. podwykonawstwo, konsultacje, doradztwo. W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeśli podmioty te zrealizują usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.
2. np. umowa cywilno-prawna, umowa o współpracy.

**ZAŁĄCZNIK NR 16A**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **Preparaty przeznaczone do utrzymania czystości** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

oferujemy:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***WYMOGI wg załącznika nr 12 pkt.3******minimalnych wymagań dla materiałów*** | ***NAZWA HANDLOWA*** | ***PRODUCENT*** |
| 1. | Mydło w płynie do mycia rąk |  |  |
| 2. | Preparat do codziennego mycia twardych wodoodpornych powierzchni |  |  |
| 3. | Preparat do codziennego mycia podłógtwardych i wodoodpornych |  |  |
| 4. | Preparat do codziennego czyszczeniasanitariatów  |  |  |
| 5. | Emulsja do czyszczenia |  |  |
| 6. | Preparat do usuwania osadów kamienia wapiennego z twardych kwasoodpornych powierzchni, szybko i skutecznie usuwa osady kamienne |  |  |
| 7. | Płyn do mycia powierzchni szklanych /szyb |  |  |
| 8. | Wkład zapachowy do muszli klozetowej |  |  |
| 9. | Preparat do czyszczenia mebli |  |  |

…………………….. dnia ……… ………. ……………………………………………….

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 16B**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **Preparaty dezynfekcyjne** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**„Kompleksową usługę wykonywania prac porządkowo-czystościowych na terenie obiektu oraz wykonywanie fizycznych usług ochroniarskich, usług monitorowania obiektu Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7 oraz usług konwojów gotówki”,**

**część/części nr ………**

**nr sprawy: L. dz. 197/2020**

oferujemy:

**1) Część 1\*: Wykonywanie kompleksowego sprzątania, dezynfekcji wraz z dostawą środków i materiałów do wykonania usługi w obiekcie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach przy ul. Kard. B. Kominka 7:**

**DRUK UZUPEŁNIONY O WYMAGANE DANE DOŁĄCZYĆ DO KAŻDEGO PREPARATU – PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

* 1. **Dezynfekcja powierzchni dużych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NAZWA HANDLOWA*** |  | ***PRODUCENT*** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***LP.*** |  | ***WYMAGANIA OBLIGATORYJNE*** | ***TAK*** | ***NIE*** | ***Strona******oferty*** |
|  |
|  |
| 1 |  | ***PRZEZNACZENIE****:* |  | *do dezynfekcji powierzchni i sprzętu medycznego* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | *SKŁAD*: Preparat myjąco- dezynfekujący oparty na czwartorzędowych |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | związkach amoniowych, alkoholi aromatycznych (fenoksyetanolu) i |  |  |  |
|  |  | tenzydach, o przyjemnym zapachu; |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Nie zawierający aldehydów, chloru, aktywnego tlenu; |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Spektrum: bakterie, prątki (M. terrae + M. avium), MRSA, grzyby, wirusy: |  |  |  |
|  |  | Rota, HBV, HCV, HIV, Vaccinia, w czasie 15 min. z możliwością |  |  |  |
|  |  | poszerzenia spektrum działania o wirusy: Adeno, Noro; |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Możliwość nanoszenia na powierzchnię przy pomocy automatycznych i |  |  |  |
|  |  | półautomatycznych maszyn czyszczących; |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2. Dezynfekcja powierzchni małych i trudnodostępnych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NAZWA HANDLOWA*** |  | ***PRODUCENT*** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***LP.*** |  |  | ***WYMAGANIA OBLIGATORYJNE*** | ***TAK*** | ***NIE*** | ***Strona*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ***oferty*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | ***PRZEZNACZENIE:*** *Dezynfekcja powierzchni małych i trudnodostępnych* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | ***SKŁAD:*** Na bazie etanolu i 1-propanolu, z dodatkiem amfoterycznych |  |  |  |
|  |  | związków | powierzchniowo czynnych; |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Nie zawierający aldehydów i czwartorzędowych związków amoniowych; |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Spektrum działania: bakterie, grzyby, prątki, wirusy (HBV, HCV, HIV, |  |  |  |
|  |  | Adeno, Rota); |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Czas działania: od 30 sekund do 2 minut. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Preparat szybko schnący, nie pozostawiający zacieków |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Gotowy do użycia, ze spryskiwaczem |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Dezynfekcja powierzchni i urządzeń**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NAZWA HANDLOWA*** |  |  | ***PRODUCENT*** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***LP.*** |  |  |  | ***WYMAGANIA OBLIGATORYJNE*** |  |  | ***TAK*** | ***NIE*** | ***Strona*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ***oferty*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | ***PRZEZNACZENIE****:**Preparat chlorowy do dezynfekcji powierzchni**i urządzeń* |  |  |  |
|  |
|  |
| 2 |  | ***SKŁAD:*** na bazie aktywnego chloru |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Możliwość dezaktywacji zanieczyszczeń organicznych. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Spektrum: bakterie, grzyby, prątki, wirusy z możliwością |  |  |  |  |  |
|  |  | poszerzenia o spory |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Postać: tabletki |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **4. Dezynfekcja rąk** |  |  |  |  |  |
| ***NAZWA HANDLOWA*** |  |  | ***PRODUCENT*** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***LP.*** |  | ***WYMAGANIA OBLIGATORYJNE*** | ***TAK*** | ***NIE*** | ***Strona******oferty*** |
|  |
|  |
| 1 |  | ***PRZEZNACZENIE:*** *chirurgiczna i higieniczna dezynfekcja rąk;* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | ***SKŁAD:*** preparat alkoholowy; |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Oparty na etanolu min. 85% z dodatkiem pantenolu, gliceryny i witaminy E, |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Spektrum działania: bakterie, grzyby, prątki, wirusy (HIV, HBV, Rota, |  |  |  |
|  | Herpes simplex); |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5 | Czas działania: 20 sekund do 5 min.; przedłużony czas działania do 3 godz. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 6 | Opakowania 0,5 litrowe z pompką oraz 5-10 litrowe. |  |  |  |

**DOKUMENTY, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO KAŻDEGO PROPONOWANEGO PREPARATU – PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**1. Ulotka** w języku polskim z opisem właściwości i zastosowania orazoznakowaniem i opisem środków ostrożności dla użytkownika.

**2. Karta charakterystyki substancji chemicznej** dla oferowanego produktu, o ilesą wymagane dla danego produktu – dotyczy substancji klasyfikowanych jako niebezpieczne.

**3. Dokumenty**: wpis do Rejestru Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych,Produktów Biobójczych (zgłoszenie do rejestru medycznego) pozwolenie Ministra Zdrowia na obrót produktem biobójczym, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

**4. Badania potwierdzające skuteczność** działania preparatu w wymaganymspektrum w obszarze medycznym – na żądanie Zamawiającego, na każdym etapie postępowania oraz trwania umowy.

…………………….. dnia ……… ………. ……………………………………………….

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*