ZAŁĄCZNIK NR 1 do SIWZ

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)	**OFERTA**

Do
Polkowickiego Centrum
Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.
ul. Kard. B. Kominka 7
59-101 Polkowice

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

„Dostawę produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji i przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.", Część/części nr .....

nr sprawy: L. Dz. 983/2020

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: Dostawa produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji w Polkowicach*:

a) cena oferty netto .....zł, słownie złotych, ...

b) cena oferty brutto ..... zł, słownie złotych .....

zgodnie z dołączonym do oferty formularzem cenowym – załącznik 1A*.

c) PROPONUJEMY termin płatności: ..... dni od złożenia zamówienia.

2) Część 2: Dostawa produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.*:

a) cena oferty netto .....zł, słownie złotych, ...

b) cena oferty brutto ..... zł, słownie złotych .....

zgodnie z dołączonym do oferty formularzem cenowym – załącznik 1B*.

c) PROPONUJEMY termin płatności: ..... dni od złożenia zamówienia.

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 wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[1)] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.*

11. 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.

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 ..... 20 ... roku

.....

(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 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:

„Dostawę produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji i przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.", Część/części nr .....

nr sprawy: L. Dz. 983/2020

oświadczam/y, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

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:

„Dostawę produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji i przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.", Część/części nr .....

nr sprawy: L. Dz. 983/2020

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:

„Dostawę produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji i przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.", Część/części nr .....

nr sprawy: L. Dz. 983/2020

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)

**niepotrzebne skreślić*

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:

„Dostawę produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji i przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.", Część/części nr .....

nr sprawy: L. Dz. 983/2020

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 2020 r. poz. 1076 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 2020 r. poz. 1076 z późn. zm.).

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

.....

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

** niepotrzebne skreślić*

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

ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)	**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

Ja (My), niżej podpisany (ni) .....

działając w imieniu i na rzecz :.....

(pełna nazwa wykonawcy)

.....

(adres siedziby wykonawcy)

składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

„Dostawę produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji i przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.", Część/części nr .....

nr sprawy: L. Dz. 983/2020

oświadczamy, że reprezentowana przez nas firma zrealizowała (rozpoczęła i zakończyła) w ciągu ostatnich 3 lat następujące usługi rodzajowo porównywalne z zakresem niniejszego przetargu:

1) **Część 1: Dostawa produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z Działem Farmacji w Polkowicach:**

Lp.	Opis przedmiotu dostaw	Termin wykonania dostaw	Wartość brutto dostaw	Zamawiający, na rzecz którego wykonano daną dostawę - nazwa, adres

2) **Część 2: Dostawa produktów leczniczych, suplementów diety, wyrobów medycznych dla przychodni Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.**

Lp.	Opis przedmiotu dostaw	Termin wykonania dostaw	Wartość brutto dostaw	Zamawiający, na rzecz którego wykonano daną dostawę - nazwa, adres

Załączamy dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych w tabeli zamówień.

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

.....

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

* *niepotrzebne skreślić*