**Pakiet nr 5 - Dostawa kompletów chirurgicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | J.m. | Ilość szt. | ilość sztuk w opakowaniu | Ilość zaoferowanych opakowań | Cena netto za 1 op | Wartość netto(kol.6x7 ) | VAT w % | Wartość brutto | Producent | Nr katalogowy | Nazwa handlowa | Klasa wyrobu medycznego |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10. | 11 | 12 | 13 |  |
| 1 | Niejałowy komplet chirurgiczny wykonany z miękkiej antystatycznej włókniny polipropylenowej typu SMS o gramaturze 40-45g/m2. Składa się z bluzy i spodni. Bluza z krótkim rękawem, pod szyją wykończona w szpic i obszyta lamówką z identycznej włókniny jak cały komplet w celu braku podrażnienia. Bluza posiada 3 kieszenie. Na dole bluzy zaokrąglone brzegi i rozcięcia, dzięki którym bluza nie krępuje ruchów i dobrze dopasowuje się do sylwetki. Spodnie luźne, krój prosty bez ściągaczy i podszycia, z wdzianą tasiemką do regulacji obwodu w pasie. Komplet w rozmiarach w XS-XXXL z oznaczeniem rozmiaru na metce w bluzie i spodniach. . Cechy potwierdzone kartą danych technicznych. Komplet (bluza+spodnie) pakowane razem w opakowanie foliowe z etykietą zawierającą co najmniej nazwę wyrobu, numer katalogowy, nazwę wytwórcy w celu dokładnej identyfikacji wyrobu. Termin ważności 5 lat. | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |  |

W tabeli w Formularzu asortymentowo-cenowym należy wypełnić wszystkie kolumny. Jeżeli zaoferowany produkt nie posiada kodu/numeru katalogowego należy to wskazać w odpowiednim miejscu tabeli poprzez wpisanie np. „nie posiada”. Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

 **Pakiet nr 4 - Dostawa podkładów i prześcieradeł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | J.m. | Ilość szt. | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość zaoferowanych opakowań | Cena netto za 1 op. | Wartość netto(kol. 6x7) | VAT w % | Wartość brutto | Producent | Nr katalogowy | Nazwa handlowa | Klasa wyrobu medycznego |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | Podkład z fizeliny, rozmiar 90x160cmPodkład higieniczny wykonany z włókniny polipropylenowej o gramaturze nie mniej niż 35g/m2 o wymiarach 90cm x 160 cm (+/- 5 cm) , kolor zielony lub niebieski | Szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Prześcieradło z fizeliny rozm. 160x210cm Podkład higieniczny wykonany z włókniny polipropylenowej o gramaturze nie mniej niż 35g/m2 o wymiarach 160cm x 210 cm (+/- 5 cm) , kolor zielony lub niebieski. | Szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |

W tabeli w Formularzu asortymentowo-cenowym należy wypełnić wszystkie kolumny. Jeżeli zaoferowany produkt nie posiada kodu/numeru katalogowego należy to wskazać w odpowiednim miejscu tabeli poprzez wpisanie np. „nie posiada”. Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do postępowania  *„Dostawa środków ochrony indywidualnej”***

**ZAMAWIAJĄCY:**

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, 41 – 300 Dąbrowa Górnicza

**WYKONAWCA\***

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa (firma) wykonawcy:****Adres siedziby wykonawcy** (kod, miasto, ulica, nr): | .................................................................................................................................................................................................. |
| **albo****Imię i nazwisko wykonawcy:****Adres zamieszkania wykonawcy** (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi): | ................................................................................................................................................................................................... |
| Województwo | …………………………………… |
| Numer NIP i REGON wykonawcy: | .................................................................................................. |
| Numer KRS Wykonawcy | …………………………………………………………………… |
| Numer telefonu, adres e-mail: | .................................................................................................. |
| Lider konsorcjum: | ………………………………………………………………….. |

*Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać* ***powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno****,* ***kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawą cześć tabeli na odpo­wiednią ilość kolumn*** *(dotyczy wyko­naw­ców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).*

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczamy, jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie niniejszego zamówienia, że ustanowiliśmy niżej wymienionego pełnomocnika do reprezentowania nas w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia:Przedmiotowe pełnomocnictwo stanowi załącznik do oferty.  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………*(imię i nazwisko lub nazwa – firma, adres, telefon, e-mail – jeśli inne niż w nagłówku;**UWAGA – DANE TE POSŁUŻĄ DO KOMUNIKACJI Z PEŁNOMOCNIKIEM WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA)* |

**RODZAJ WYKONAWCY:**

mikroprzedsiębiorstwo[[1]](#footnote-1) £

Małe przedsiębiorstwo £

Średnie przedsiębiorstwo £

Jednoosobowa działalność gospodarcza £

Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarcze j £

Inny rodzaj: ……………………... (podać)

**W przypadku składania oferty wspólnej przez kilku przedsiębiorców** (tzw. konsorcjum) **lub przez spółkę cywilną**, każdy ze wspólników konsorcjum lub spółki cywilnej musi złożyć powyższe oświadczenie.

**I.** Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWZ za cenę:

**Pakiet nr \*……….**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartość zamówienia bez podatku VAT (netto)** | **Wartość zamówienia z podatkiem VAT (brutto)** |
|  |  |

**\*wpisać właściwy nr Pakietu i powielić tabelę tyle razy, do ilu pakietów Wykonawca przystępuje**

**II.** Akceptuję termin płatności do 60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego od Wykonawcy prawidłowo wystawionej faktury VAT.

**III.** Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:

* + 1. zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
		2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji, wzoru umowy,
		3. uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty,
1. jestem związany niniejszą ofertą przez okres podany w SWZ,
2. Akceptuję Termin realizacji zamówienia : do 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
3. zapoznałem się ze wzorem umowy (załącznik nr 3 do SWZ) i zobowiązuję się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w niej określonych,
4. w przypadku wybrania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
5. nie zamierzam(y)powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom**\*\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp** | **Część/zakres zamówienia** | **Nazwa(firma)podwykonawcy / imię nazwisko** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam, żewybór mojej/naszej oferty:
2. nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;
3. będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie ......................................................................................................................

i wartości: …………………………………………………….

(należy wskazać nazwę/rodzaj towaru, którego dostawa będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług). UWAGA: *wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w przeciwnym razie pozostawić niewypełnione*

IV. Oświadczam, że

1.Przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia winny być zgodne z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych albo rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro (o ile dotyczy) oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawymi w tym zakresie, o ile oferowany przedmiot jest wyrobem medycznym.

( dot. Pakietu nr 2,4,5,6,7).

2.W zakresie Pakietu nr 1 i Pakietu nr 8 zaoferowane produktów spełniają normę jako środek ochrony indywidualnej. Produkty w zakresie Pakietu nr 1 i Pakietu nr 8 są zakwalifikowane zarówno jako wyroby medyczne jak i środki ochrony indywidualnej

3. W zakresie Pakietu nr 3 zaoferowane produkty spełniają normę jako wyrób medyczny.

***\*\*Uwaga*** *- niepotrzebne skreślić*

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

1. Zaznaczyć właściwe

 Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

 **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** [↑](#footnote-ref-1)