Załącznik nr 1 do SIWZ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** *do postępowania NO-ZP.X-240/17/19* | | | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | | ***IMPLANTY KOSTNE*** | | | |
| ***Zamawiający*** | | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**  64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 | | | |
| ***Wykonawca***  ***pełna nazwa,***  ***adres,***  ***NIP***  ***REGON*** | |  | | | |
| ***Nr KRS/CEIDG/inny*** | |  | | | |
| ***telefon*** | |  | | | |
| ***e-mail*** | |  | | | |
| ***Adres do korespondencji***  ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):*** | |  | | | |
|  | ***OFEROWANA* WARTOŚĆ BRUTTO *ZA WYKONANIE ZADANIA*** | | | ***KRYTERIA OCENIANE*** | |
| ZADANIE 1  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| ZADANIE 2  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI |  |
| ZADANIE 3  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| ZADANIE 4  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| ZADANIE 5  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| ZADANIE 6  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| TERMIN WAŻNOŚCI |  |
| ZADANIE 7  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| ZADANIE 8  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
| TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| ZADANIE 9  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW „CITO” |  |
| ZADANIE 10  *(podlega ocenie)* | ………………………………..……………………………. [PLN]  słownie:……………………………………………………………  ………………………………………………………………..……… | | | TERMIN DOSTAW |  |
|  | | | | | |
| ***Termin płatności*** | | | **60** **dni** | | |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | | | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy | | |
| **OŚWIADCZENIA:**   1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz ze wzorze umowy; 2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy). 6. uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty, 7. posiadamy zezwolenie na prowadzenie działalności uprawniające do obrotu produktami medycznymi, jeżeli przepisy prawa tego wymagają, 8. proponowany przez nas przedmiot zamówienia jest zgodny z oczekiwaniami Zamawiającego – zgodny z SIWZ 9. wadium w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PLN**, zostało wniesione w dniu: ......................................., w formie: …..…….............................................................................; 10. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek:   …...………………...........................................................................................…...………; | | | | | |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**   1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..;   1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..; | | | | | |
| **PODWYKONAWCY:**  Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... | | | | | |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)* **na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. | | | | | |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw** (właściwe zaznaczyć)  **⬜** TAK **⬜** NIE | | | | | |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

………………………………………………………………………………

Załącznik nr 2 do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY (*szczegółowy opis przedmiotu zamówienia*)**

**- DOKUMENT DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 3 do SIWZ

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych**

**w postępowaniu nr NO-ZP.X-240/17/19 na dostawę IMPLANTÓW KOSTNYCH**

**OŚWIADCZENIE SKŁADANE W FORMIE WYPEŁNIONEGO JEDNOLITEGO DOKUMENTU SPORZĄDZONEGO ZGODNIE ZE WZOREM STANDARDOWEGO FORMULARZA ZWANEGO DALEJ "JEDNOLITYM DOKUMENTEM LUB JEDZ" W FORMIE OPISANEJ W ROZDZIALE 6 SIWZ – (dokument do pobrania w odrębnym pliku)**

Załącznik nr 4 do SIWZ

**PROJEKT UMOWY - DOKUMENT DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 5 do SIWZ

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art.24 ust.1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***IMPLANTY KOSTNE***

prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica w Pile**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

**Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**

Załącznik nr 6 do SIWZ

………………….………,dnia ………………………………

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: **IMPLANTY KOSTNE**

*oświadczam, że:*

posiadam aktualne świadectwa dopuszczające do *obrotu medycznego / wpis do rejestru wyrobów medycznych* dla poszczególnych pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia oraz udostępnię dane dokumenty na każde żądanie Zamawiającego (w ciągu 4 dni roboczych).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie:** | **Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru** | **Zadanie:** | **Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru** |
| **1** |  | **6** |  |
| **2** |  | **7** |  |
| **3** |  | **8** |  |
| **4** |  | **9** |  |
| **5** |  | **10** |  |