

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:	Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica		
Nazwa Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:			
Adres Wykonawcy:	Ulica, nr domu / nr lokalu:		
	Miejscowość i kod pocztowy:		
	Województwo:		Kraj:
NIP:		REGON:	
Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorcą ¹	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>(zaznaczyć właściwe)</i>		
Adres do korespondencji: <i>(jeżeli jest inny niż podany powyżej)</i>			
Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:		Telefon:	
		e-mail:	

.....
(podpis)

¹ Definicja zgodnie z ustawą z dn. 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.2017 poz. 2168 t.j.),

Nr postępowania: ZP/8/2018

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zadania, pn.:

„Sukcesywna dostawa bielizny szpitalnej”

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w SIWZ (wymienić poszczególne pakiety, na które Wykonawca składa ofertę):

Nr pakietu	Wartość brutto PLN pakietu (Kryterium nr 1)	Termin dostawy dniach roboczych (Kryterium nr 2)
Pakiet 1		
Pakiet 2		
Pakiet		

2. Termin wykonania zamówienia:
- 12 m-cy od dnia podpisania umowy

Warunki płatności: przelew w terminie 60 dni, licząc od daty otrzymania faktury za dany miesiąc rozliczeniowy.

3. Okres gwarancji: *nie dotyczy*
4. Oświadczam/my, że dostawy dotyczące przedmiotu zamówienia **będą prowadzić/ nie będą prowadzić (niepotrzebne skreślić)** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (W przypadku potwierdzenia, że dostawy dotyczące przedmiotu zamówienia będą prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, podana powyżej w pkt 1 cena jest ceną netto).
5. Zamówienie wykonamy sami/z udziałem podwykonawcy (podwykonawców) – *niepotrzebne skreślić*

.....
(jeżeli dotyczy – należy wskazać zakres prac powierzony podwykonawcy/podwykonawcom)

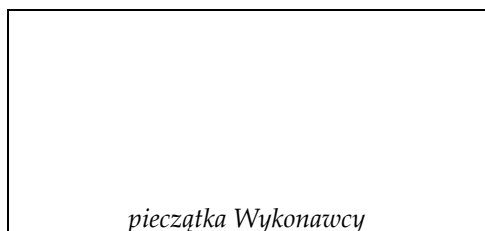
6. Oświadczam/my, że uważam/my się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
7. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 6 do SIWZ i akceptujemy jego treść.
8. W przypadku wygrania postępowania podpiszę umowę na warunkach określonych w SIWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego. Treść umowy zostanie zawarta według wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do SIWZ.
9. Ofertę składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

.....dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)

Zamawiający:

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w
Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica



reprezentowany przez:
(imię i nazwisko)

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

pn. „Sukcesywna dostawa bielizny szpitalnej”,

oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

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

....., dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)

Nr postępowania: ZP/8/2018

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:

.....
.....

....., dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/yh podmiotu/tów, na którego/yh zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:
..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

....., dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)

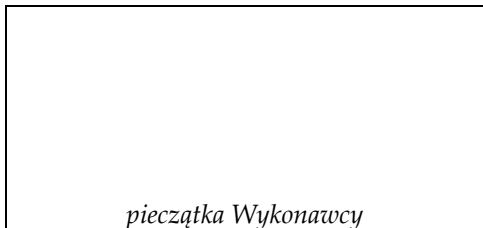
OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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.

....., dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)

Zamawiający:
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w
Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica



reprezentowany przez:
(imię i nazwisko)

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności
do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. „Sukcesywna dostawa bielizny szpitalnej”,
oświadczam, co następuje:

- w zakresie pakietu nr**NIE należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 229, 1089 i 1132,) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu*
- w zakresie pakietu nr **należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 229, 1089 i 1132), z innym Wykonawcą:

.....,
(nazwa i adres Wykonawcy)

który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu. *

- W tym przypadku załączam dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia*.

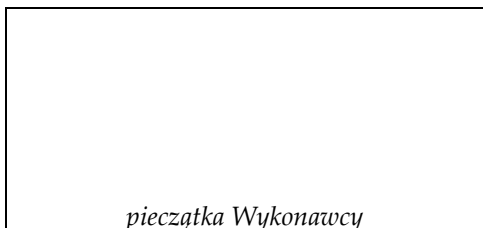
* właściwie zaznaczyć X

....., dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)

Zamawiający:

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w
Trzebnicy
ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica



reprezentowany przez:
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

dotyczy pakietu nr, poz. nr

(wymienić)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.,, **Sukcesywna dostawa bielizny szpitalnej**” oświadczam, że oferowane produkty są dopuszczone do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017 r. poz. 211 t.j.) i posiadają stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez polskie prawo. Powyższe dokumenty dostarczę na każde żądanie Zamawiającego.

....., dniar.
(Miejscowość)

.....
(podpis)