**Załącznik nr 1 do SIWZ**

……………………………. ……………………………….

*(pieczęć firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**FORMULARZ OFERTY**

Dane Wykonawcy\*):

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Nawiązując do treści ogłoszenia o zamówieniu prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **„Dostawa szczepionek”– sprawa nr WOFiTM/42/2020/PN,** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie   
z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym integralną część oferty.

* + 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
    2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SIWZ i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
    3. Oświadczamy, że złożona przez nas oferta jest zgodna z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w SIWZ.
    4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
    5. Oświadczamy, że\*\*:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy samodzielnie,
2. Powierzymy podwykonawcom realizację następujących części zamówienia:

*część (zakres) przedmiotu zamówienia*

* + 1. Oświadczamy, że zawarte w SIWZ istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach w nich wymienionych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
    2. Oświadczamy, że oferowany asortyment posiada ważne świadectwa dopuszczenia   
       do obrotu i stosowania na terenie Polski i zobowiązujemy się do ich dostarczenia   
       na każde żądanie Zamawiającego.
    3. Oświadczamy, że zobowiązujemy się wykonać zamówienie w terminie:

1. Przedmiot zamówienia objęty zamówieniem gwarantowanym **w terminie do 07.12.2020 r.**
2. Przedmiot zamówienia objęty zamówieniem opcjonalnym w terminie nie dłuższym   
   niż do 30.11.2021 r.
3. 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.\*\*\*
4. W przypadku konieczności udzielenia wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do:

Tel.

*(w przypadku niepodania powyższych danych osoby do bezpośredniego kontaktu, prosimy   
o zwracanie się do osoby/osób podpisujących ofertę)*

1. Oświadczamy że Wykonawca (zaznaczyć odpowiednio):

* JEST mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem
* NIE JEST mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

*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.*

1. Oświadczam, że złożona oferta:

* nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,
* prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, jednocześnie wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | Wartość bez kwoty podatku [zł] |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* Formularz cenowy

*(czytelny podpis osoby/osób upoważnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy lub podpis i stempel)*

*\*) Jeżeli podmioty wspólnie ubiegają się o zamówienie – należy podać pełne nazwy   
i adresy wszystkich podmiotów*

*\*\*) Wykreślić niepotrzebne. W przypadku niewykreślenia, którejkolwiek z pozycji i nie wypełnienia pola w pkt. 5 pozycji b) – Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania żadnej części zamówienia podwykonawcom.*

*\*\*\*) W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*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) (Dz. Urz. UE L 119   
z 04.05.2016, str. 1).

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Zamawiający:**

**Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………

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

**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**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Dostawa szczepionek”– sprawa nr WOFiTM/42/2020/PN,** prowadzonego przez Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej *,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  ……………………………………………………..………………………… *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału   
w postępowaniu)*.

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

…………………………………………

*(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.

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

…………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**Zamawiający:**

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

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

**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.: **„Dostawa szczepionek”– sprawa nr WOFiTM/42/2020/PN,** prowadzonego przez Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej*,* 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.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 pkt. 1, 2, 4 ustawy Pzp .

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

…………………………………………

*(podpis)*

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 lub art. 24 ust. 5 pkt. 1,2,4 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)*

**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)*

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

*(pieczęć firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**OŚWIADCZENIE   
Z ART. 24 UST. 11 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH  
O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Uczestnicząc w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego prowadzonym  
w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **„Dostawa szczepionek”– sprawa nr WOFiTM/42/2020/PN,** oświadczam/y, że:

nie należymy\* / należymy\* do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy  
z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r.,  
poz. 184, 1618 i 1634), razem z innym Wykonawcą/Wykonawcami, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu.

\* *niepotrzebne skreślić*

*(podpis składającego oświadczenie)*

POUCZENIE:

1. *W przypadku, gdy Wykonawca należy do tej samej grupy kapitałowej, składa wraz z niniejszą informacją listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.*
2. *W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej Wykonawca może złożyć wraz  z oświadczeniem dokumenty lub informacje potwierdzające, że powiązania z innym Wykonawcą będącym w tej samej grupie kapitałowej nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.*

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia/Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zad.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa produktu\*** | **Nazwa producenta** | **J. m** | **Ilość** | **Cena jedn. brutto\*\*** | **Wartość brutto\*\*** | **Wymagany termin ważności** | **Oferowany termin ważności\*\*\*** | **UWAGI** |
| 1 | Szczepionka przeciw poliomyelitis, op.1 dawka |  |  | op. | Gwarant  3 000 |  |  | min. 19 miesięcy  na dzień dostawy |  |  |
| Opcja  3 000 |  | min. 19 miesięcy w dniu składania zamówienia opcjonalnego | |

***\*) Pełna nazwa produktu tożsama z nazwą widniejącą na faktur****ze*

*wystawionej przez Wykonawcę oraz faktyczną nazwą widniejącą na opakowaniu.  
\*\*) Wartość w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.*

*\*\*\*)Oferowany termin ważności podany w miesiącach na dzień składania ofert dla zamówień gwarantowanych.*

*Dla zamówień objętych prawem opcji Zamawiający określił minimalne okresy ważności. W przypadku gdy Wykonawca zwróci się z pytaniem o dopuszczenie asortymentu z krótszym okresem ważności, a Zamawiający wyrazi zgodę na proponowany okres ważności – należy w kolumnie „uwagi” wpisać np. „okres ważności DD.MM.RRRR – zgodnie z odpowiedzią Zamawiającego z dnia DD.MM.RRR”*

*Uwagi:*

* + - 1. Wymagania warunków przechowywania oferowanego asortymentu – według zaleceń producenta.

1. Dostarczony produkt oznakowany zgodnie z decyzją nr 3/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.01.2014 r. w sprawie wytycznych określających wymagania w zakresie znakowania kodem kreskowym wyrobów dostarczonych do resortu obrony narodowej – Dz. Urz. MON z 07.01.2014,poz 1
2. Wykonawca oświadcza, że przed dostarczeniem towaru do magazynu Zamawiającego dokona weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora produktu leczniczego (ATD) ze wszystkich produktów leczniczych zgodnie z art. 23 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, (przepisy uwzględniające szczególne cechy łańcuchów dystrybucji w państwach członkowskich – dopuszczające możliwość wymagania od dostawcy weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora produktu leczniczego w przypadku, kiedy odbiorcą są m.in. siły zbrojne)

**Załącznik nr 6.1 do SIWZ**

*(pieczęć firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Ja niżej podpisany

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

będąc upoważnionym do reprezentowania Wykonawcy:

*(nazwa Wykonawcy)*

*(adres siedziby Wykonawcy)*

uczestnicząc w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **„Dostawa szczepionek” – sprawa nr WOFiTM/42/2020/PN** oświadczam, że zaoferowane produkty lecznicze zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2019 poz. 499 z dn. 15.03.2019 r.).

**Jednocześnie oświadczam, iż świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej   
za składanie fałszywych oświadczeń.**

*(podpis składającego oświadczenie)*