**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość kilometrów | Cena jednostkowa netto za 1 kilometr | Wartość netto (kol. 3 \* kol. 4) | Wartość podatku VAT [zł] | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Transport sanitarny pacjentów bez opieki medycznej | 11 315,22 km |  |  | usługa zwolniona |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_ 2020 roku

...............................................................................................................

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….

…………………………………………

Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy: …………………………………………................................…………..………………………

Siedziba: ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON: …………………………………………….. NIP: …………………………………………………..

Tel.: ………………………………………………….. Fax: …………………………………………………..

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym: ………………………………………………………………

Tel: ……………………………..… e-mail: ………………………………………………………………

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ……………………………………………………………………...

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie usługi na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

***Załącznik nr 1***

cena bez podatku VAT……………………………………………………………………zł

podatek VAT: usługa zwolniona

**Cena ofertowa brutto** ……………………………………………………..zł

**Słownie: …………………………………………………………………………………………………………………zł**

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego   
   w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczam/y, że jestem uprawniony do prowadzenia działalności w zakresie usługi będącej przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam/y, iż nie przewidujemy powierzenia podwykonawcom realizacji zamówienia.
6. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. Oświadczamy, że należymy do grupy małych/średnich przedsiębiorstw: Tak/Nie\*(zaznaczyć odpowiednio)
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik do 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.
9. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice ul. Francuska 20/24**

***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. **TRANSPORT SANITARNY PACJENTÓW BEZ OPIEKI MEDYCZNEJ**prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **TRANSPORT SANITARNY PACJENTÓW BEZ OPIEKI MEDYCZNEJ** prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

…………………………………………

*(podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania 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 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 4 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice ul. Francuska 20/24**

***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. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **TRANSPORT SANITARNY PACJENTÓW BEZ OPIEKI MEDYCZNEJ**,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **TRANSPORT SANITARNY PACJENTÓW BEZ OPIEKI MEDYCZNEJ** prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

\* - *niepotrzebne skreślić*

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z określeniem usługi, jej wartości, dat wykonania i odbiorców

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot** | **Zlecający usługę** | **Okres wykonywania usługi  (od dzień-miesiąc-rok  do dzień-miesiąc-rok)** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |

**POUCZENIE:**

Art.297 §1 Kodeks Karny : Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_ \_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ**

**WYKAZ SAMOCHODÓW** **NIEZBĘDNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na wykonywanie usługi transportu sanitarnego pacjentów bez opieki medycznej w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że w celu realizacji zamówienia dysponujemy następującymi samochodami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **Data produkcji samochodu** | **Nr rejestracyjny**  **/ nr fabryczny** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_ \_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy