**Załącznik nr 1 do SWZ /**

**Załącznik nr 1 do umowy**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) /**

**OFERTA TECHNICZNA**

Nazwa – typ/model ambulansu ………………………………………………………..……… podstawy pod nosze ………………… noszy głównych: ………………………………..……   
Producent ambulansu: …………………………..…………… Kraj pochodzenia: ……......…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry oferowane (TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| **NADWOZIE** | | |
| 1. | Ambulans typu A2 |  |
| 2. | Dopuszczalna masa całkowita dmc (brutto) ambulansu wraz z zabudową medyczną nie może przekraczać 3,5 t | …………………………… t |
| 3. | Pojazd fabrycznie nowy, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2023 | ………………………….…r. |
| 4. | Pojazd typu furgon, częściowo przeszklony, przystosowany do przewozu min. 7 osób (6 pasażerów i kierowca), w tym 2 fotele zamontowane w kabinie kierowcy oraz w pozostałej części furgonu możliwość przewożenia 5 pacjentów: 4 osoby w pozycji siedzącej na fotelach na stałe zamontowanych, 1 osoby w pozycji leżącej na noszach lub 1 osoby na wózku inwalidzkim. |  |
| 5. | Przedział medyczny wyposażony w rampę najazdową dla wózków inwalidzkich |  |
| 6. | Wejście boczne do przedziału medycznego wyposażone w dodatkowy wewnętrzny stopień pokryty materiałem antypoślizgowym |  |
| 7. | Wewnętrzne wymiary przedziału pacjenta: wysokość min. 1800 mm od podłogi do sufitu, długość min. 3200 mm, szerokość min. 1600 mm (pomiędzy ścianami wewnątrz) | Wysokość ………………. mm  Długość …………………. mm  Szerokość ………………. mm |
| 8. | Wszystkie szyby przedziału medycznego przyciemnione oraz pokryte do 2/3 wysokości szyby folią półprzezroczystą lub zmatowioną | folia …………………… do 2/3 wysokości szyby |
| 9. | Drzwi tylne przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierane na boki o kąt min. 2500 |  |
| 10. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu |  |
| 11. | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego stałą przegrodą częściowo przeszklona z otwieranym oknem do kontaktu z pasażerami przedziału medycznego |  |
| 12. | Fabryczny zbiornik paliwa min. 70l | …………………………….. l |
| **SILNIK** | | |
| 13. | Spełniający wymagania normy Euro 6 |  |
| 14. | Moc silnika min. 150 KM | ………………………. KM |
| **ZAWIESZENIE I UKŁAD NAPĘDOWY** | | |
| 15. | Skrzynia biegów manualna min. 6 przełożeń + bieg wsteczny | ……… przełożeń + bieg wsteczny |
| 16. | Napęd na koła tylne lub 4x4 (podać rodzaj) | ………………………… |
| 17. | System stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny | ……………………….. |
| 18. | System zapobiegający poślizgowi kół napędzanych przy ruszaniu ASR lub równoważny | ………………………... |
| **UKŁAD HAMULCOWY, KIEROWNICZY I KOŁA** | | |
| 19. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem |  |
| 20. | Hamulce tarczowe kół przednich |  |
| 21. | Układ hamulcowy z systemem ABS |  |
| 22. | Układ kierowniczy ze wspomaganiem |  |
| 23. | Kolumna kierownicy regulowana min. w dwóch płaszczyznach | …………………….. |
| 23. | Rozmiar felg min. 16 cali, opony letnie | …………………….. cali |
| 24. | Rozmiar felg min. 16 cali, opony zimowe | …………………….. cali |
| 25. | Pełnowymiarowe koło rezerwowe umieszczone poza przedziałem pacjenta – w miejscu umożliwiającym jego wymianę przez kierowcę ambulansu |  |
| **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | |
| 26. | Co najmniej 2 gniazda poboru energii elektrycznej o napięciu 12 V, do podłączenia urządzeń medycznych |  |
| 27. | Akumulator wzmocniony o pojemności min. 70Ah | …………………… Ah |
| 28. | Instalacja elektryczna 12 V |  |
| **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | | |
| 29. | Ogrzewanie kabiny kierowcy cieczą chłodzącą silnik |  |
| 30. | Ogrzewanie przedziału medycznego – pasażerskiego cieczą chłodzącą silnik wraz z systemem utrzymania zadanej temperatury |  |
| 31. | Instalacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego – pasażerskiego i wymianę powietrza w czasie postoju włączana przez kierowcę w zależności od potrzeb |  |
| 32. | Klimatyzacja kabiny kierowcy i przedziału medycznego min. manualna | ………………………. |
| 33. | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału medycznego z możliwością niezależnego włączania i wyłączania dla przedziału medycznego wyposażona w systemem utrzymywania zadanej temperatury |  |
| 34. | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem |  |
| **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | |
| 35. | Pojazd oznakowany i wyposażony jako pojazd uprzywilejowany w ruchu drogowym, zgodnie z przepisami ustawy ”Prawo o ruchu drogowym” |  |
| 36. | Pas odblaskowy wykonany z folii typu 1 barwy niebieskiej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, pas odblaskowy wykonany z folii typu 1 barwy czerwonej umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, zgodnie z przepisami ustawy „Prawo o ruchu drogowym” |  |
| 37. | Oznaczenie typu karetki literą „T” wpisaną w okrąg na drzwiach bocznych, jednych drzwiach tylnych oraz oznakowanie możliwości przewożenia osób niepełnosprawnych na wózku inwalidzkim (*szczegóły do uzgodnienia po podpisaniu umowy)* |  |
| 38. | Krzyż „gwiazda życia” z trzech stron pojazdu |  |
| 39. | Napis lustrzany „AMBULANS” z przodu pojazdu |  |
| 40. | Logo Zamawiającego i dane teleadresowe na drzwiach kabiny kierowcy oraz pasażera (*szczegóły do uzgodnienia po podpisaniu umowy)* |  |
| 41. | Belka świetlna typu LED koloru niebieskiego zamontowana w przedniej części pojazdu, pojedyncza lampa typu kogut zamontowana w tylnej części dachu, głośnik o mocy min. 150 W wydający sygnał dźwiękowy modulowany z możliwością podawania komunikatów głosem, zamontowanym w komorze silnika |  |
| 42. | Dodatkowe światła robocze koloru białego zamontowane z trzech stron pojazdu do oświetlania miejsca akcji |  |
| **WYPOSAŻENIE DODATKOWE POJAZDU** | | |
| 43. | Poduszka powietrzna kierowcy i pasażera |  |
| 44. | Centralny zamek wszystkich drzwi |  |
| 45. | Elektrycznie sterowane szyby w kabinie kierowcy |  |
| 46. | Elektrycznie sterowane lusterka |  |
| 47. | Radioodtwarzacz MP3 z funkcją bluetooth |  |
| 48. | Instalacja radiostacji |  |
| 49. | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki |  |
| 50. | W przedziale kierowcy schowek na drobne przedmioty |  |
| 51. | Fotel kierowcy regulowany w min. 2 płaszczyznach | ………………….. płaszczyznach |
| 52. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym (wraz z uchwytami mocującymi) |  |
| 53. | Dywaniki gumowe kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy |  |
| 54. | Trzecie światło stop |  |
| 55. | Korektor ustawienia świateł |  |
| 56. | Gniazdo 12V na desce rozdzielczej |  |
| 57. | Lewarek do podnoszenia pojazdu wraz z kluczem do kół |  |
| 58. | Komputer pokładowy |  |
| 59. | Trójkąt ostrzegawczy |  |
| 60. | Kosz na odpady medyczne |  |
| 61. | Apteczka pierwszej pomocy z wyposażeniem |  |
| 62. | Fabryczne kluczyki min. 2 kpl. | ………………….. kpl |
| 63. | Alarm antywłamaniowy |  |
| 64. | Lampy przeciwmgielne z doświetlaniem zakrętów |  |
| **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | |
| 65. | Podłoga o powierzchni antypoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian |  |
| 66. | Ściany boczne i sufit wykonane z materiału typu ABS, niepalnego, w kolorze białym, łatwo zmywalny, odpornym na środki dezynfekcyjne i uszkodzenia mechaniczne |  |
| 67. | Montaż na ścianie bocznej lewej zestawu szafek, półek, zabezpieczonych przed niekontrolowanym otwarciem, zapewniający możliwość przewozu drobnego sprzętu medycznego, miejsce montażu 2 butli tlenowych w zamkniętej szafce (w zestawie 1 reduktor tlenowy) |  |
| 68. | Przedział medyczny wyposażony w:  - dwa pojedyncze fotele w drugim rzędzie za ścianą grodziową zamontowane na stałe z regulowanym oparciem, wyposażone w trzypunktowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówek;  - dwa pojedyncze fotele na prawej ścianie, obrotowe ze składanym do pionu siedziskiem, z regulowanym oparciem, wyposażone w trzypunktowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówek; |  |
| 69. | Panel sterujący w przedziale medycznym **lub** w kabinie kierowcy zarządzający: oświetleniem, wentylacją, ogrzewaniem i klimatyzacją z funkcją utrzymania zadanej temperatury | Panel sterujący w ………………. zarządzający: oświetleniem, wentylacją, ogrzewaniem i klimatyzacją z funkcją utrzymania zadanej temperatury |
| 70. | Montaż na podłodze przedziału medycznego – pasażerskiego uchwytów do atestowanych zaczepów pozwalających bezpiecznie przypiąć wózek inwalidzki, dodatkowe trzypunktowe pasy bezpieczeństwa dla pasażera przewożonego na wózku inwalidzkim w tylnej części zabudowy ściany prawej |  |
| 71. | Fotele obite materiałem tapicerskim zmywalnym o wysokiej odporności na zabrudzenia wyposażone w trzypunktowe pasy bezpieczeństwa ze zintegrowanym zagłówkiem |  |
| 72. | Rampa najazdowa, składana umożliwiająca wjazd osoby niepełnosprawnej na wózku inwalidzkim do przedziału medycznego (min. wymiary: 2300 mm x 650 mm). Podać wymiary. |  |
| 73. | Dodatkowy uchwyt obok drzwi bocznych ułatwiający wsiadanie pasażerów |  |
| 74. | Lampy LED ze światłem rozproszonym w suficie przedziału medycznego – pasażerskiego |  |
| 75. | Młotek do wybijania szyb oraz nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa w przedziale medycznym – pasażerskim |  |
| 76. | Sufitowe uchwyty służące do zawieszenia wlewu dożylnego (np. kroplówka) |  |
| **PODSTAWA POD NOSZE/TRANSPORTER** | | |
| 77. | Kompatybilność z noszami głównymi monoblokowymi |  |
| 78. | Ładowność min. 250 kg | ……………… kg |
| 79. | Zgodna z normą PN EN-1865-5:2012 lub równoważną | ……………….. |
| 80. | Stabilna konstrukcja odporna na wstrząsy |  |
| 81. | Zabudowana w lewej części ambulansu w przedziale medycznym |  |
| 82. | Kieszeń na nosze zbierakowe |  |
| 83. | Wszystkie atesty oraz dokumenty podstawy noszy zostaną dostarczone wraz z dostawą ambulansu |  |
| **NOSZE GŁÓWNE MONOBLOKOWE** | | |
| 84. | Producent, model. | ……………………………………….. |
| 85. | Fabrycznie nowe, rok produkcji nie starsze niż 2022 r. | …………… r |
| 86. | Kompatybilność z oferowanym transporterem, podstawą pod nosze |  |
| 87. | Nosze z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej |  |
| 88. | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75 stopni |  |
| 89. | Wyposażone w 4 koła jezdne skrętne o 360° o średnicy min 20 cm, z możliwością blokady dwóch kół do jazdy na wprost, min. 2 koła jezdne wyposażone w hamulce |  |
| 90. | Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy |  |
| 91. | Zestaw transportowy posiada trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z jego obsługą |  |
| 92. | Ze składanymi poręczami bocznymi, ze składanymi lub teleskopowo chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy |  |
| 93. | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi |  |
| 94. | Wyposażone w niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; w komplecie z mocowaniem przeznaczonym do bezpiecznego montażu w ambulansie |  |
| 95. | System załadowczy z dwustopniowym mechanizmem zwalniającym |  |
| 96. | Możliwość ustawienia noszy na min. 3 pozycjach wysokości | na ……………. pozycjach wysokości |
| 97. | Obciążenie dopuszczalne min. 250 kg , (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | obciążenie dopuszczalne ………… kg |
| 98. | Waga noszy max. 45 kg. Podać. | waga …………. kg |
| 99. | Zestaw transportowy ma być zgodny z normą PN EN 1865-1:2010 lub równoważną | zgodny z normą ……………………… |
| 100. | System mocowania do podstawy zgodny z normą PN EN 1789 punkt 4.5.9 i punkt 5.3 lub równoważną | zgodny z normą ……………………… |

Wszystkie zakupione, dla realizacji przedmiotu zamówienia, wyroby medyczne muszą spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.   
z 2021 r., poz. 1565), w tym wymagania zasadnicze oraz dla wprowadzenia ich jako wyrobu medycznego do obrotu oraz muszą posiadać dokumenty dopuszczające ich stosowanie   
w służbie zdrowia na terenie Rzeczpospolitej Polskiej – jeśli dotyczy.

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

W zakresie gwarancji Zamawiajacy wymaga minimum:

1) 24 miesięcy na pojazd bez limitu przebiegu km,

2) 36 miesięcy na powłokę lakierniczą,

3) 84 miesiące na perforację nadwozia,

4) 24 miesiące na zabudowę medyczną.

Gwarancja stanowi jeden z kryteriów oceny ofert (oferowanie krótszego odpowiednio   
w którymś z parametów okresu gwarancji niż wymagany spowoduje odrzucenie oferty).

Wykonawca ma obowiązek zaoferować ambulans/sprzęt przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie **określić** parametr oferowanego ambulansu/sprzętu tam gdzie zostało wskazane. Zamawiający dopuszcza możliwość oferowania rozwiązań równoważnych.

**Brak opisu w kolumnie 3 „Parametry oferowane” zostanie potraktowany jako niepodanie parametru.**

**Niepodanie któregokolwiek parametru oferowanego (tam gdzie zostało wskazane) albo wpisanie odpowiedzi NIE w kolumnie 3 spowoduje odrzucenie oferty.**

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie   
art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp na **dostawę ambulansu transportowego wraz z wyposażeniem na potrzeby SZPZLO Warszawa-Wawer**.

1. **Dane Wykonawcy**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy | ………………………………………………………………………………..………………………………....……………………….…..  Reprezentowany w postępowaniu przez: …………………..…….… tel. ……………………….. email ………………………………….. |
| wpisany do: | * Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ………………..…… pod nr KRS ……………………………………………….   miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: …………..............................................  lub   * Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ................................................... miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: …………… |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów:  e-mail, telefon |  |
| Wykonawca jest  *(należy zaznaczyć)* | * mikroprzedsiębiorstwem, * małym przedsiębiorstwem, * średnim przedsiębiorstwem, * jednoosobową działalnością gospodarczą, * osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, * innym rodzajem3 |

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wpisać dane wszystkich Wykonawców.*

1. **OFERTA WYKONAWCY**

Ja/my niżej podpisana(-ni) ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego   
w postepowaniu na **dostawę ambulansu transportowego wraz z wyposażeniem na potrzeby SZPZLO Warszawa-Wawer,** oznaczenie sprawy: **SZPZLO/Z-25/2023,** oferuję realizację całego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z zasadami   
i warunkami określonymi w SWZ za cenę:

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: .....................................................)

stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ......................................................),

**III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

* + - 1. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ, a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia   
         i z projektowanymi postanowieniami umowy i oświadczam(-y), że wykonamy zamówienie   
         na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w SWZ.
      2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
      3. Na oferowany pojazd udzielamy:

1. gwarancji na pojazd - …………… miesięcznej,
2. gwarancji na perforację nadwozia - …………… miesięcznej,
3. gwarancji na powłokę lakierniczą - …………. miesiecznej,
4. gwarancji na zabudowę medyczną - …………. miesiecznej*.*
   * + 1. Sytuacja finansowa naszej firmy pozwala na realizację zamówienia na warunkach określonych w SWZ.
       2. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym w SWZ.
       3. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie   
          z określonymi przez Zamawiającego wymaganiami oraz przepisami dotyczącymi przedmiotu zamówienia.
       4. Oświadczam(-y), że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
       5. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi w projektowanych postanowieniach umowy, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy   
          i akceptuję (-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję   
          (-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych w projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących **Załącznik** nr 4 do SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
       6. Zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy Pzp informuję, że wybór naszej oferty:
5. nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług\*/
6. będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w następującym zakresie\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługa których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego | Stawka podatku VAT, która będzie miała zastosowanie | Wartość bez kwoty podatku |
|  |  |  |  |

* + - 1. Informuję(-jemy), że **zamierzamy\* / nie zamierzamy\*** powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, jeżeli TAK, należy wypełnić poniższą tabelę;

Wykaz części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Powierzona część zamówienia | Wartość lub procentowa część powierzonej części zamówienia | Nazwa podwykonawcy |
|  |  |  |  |

* + - 1. Oświadczam(-y), że oferta **nie zawiera / zawiera** (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje zawarte na stronach ………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego. \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa dokumentu (pliku) utajnionego | Uzasadnienie faktyczne  i prawne | Dokument (plik) potwierdzający przyczynę i ważność utajnienia /dokument załączyć do oświadczenia/ |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Nie oferujemy rozwiązań równoważnych / oferujemy rozwiązania równoważne, wyszczególnione poniżej \*

a) wymagane w SWZ ............................... oferowane ..........................................................

b) wymagane w SWZ ............................... oferowane …………………………………...

Na potwierdzenie równoważności do oferty, jako załączniki stanowiące przedmiotowe środki załączam dokumenty potwierdzające powyższe.

* + - 1. Oświadczam(-y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
      2. Oświadczam (-y), że jestem (-śmy) zarejestrowanym czynnym / zwolnionym\* podatnikiem podatku VAT.
      3. Świadoma(-i) odpowiedzialności karnej oświadczam(-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).
      4. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym: …………...……………………….

tel. ........................................................................, e-mail: …………………………………

* + - 1. Załącznikami do oferty są:

1. ………………………………………
2. ............................................................

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Formularz oferty musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód) i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę (w przypadku podpisu przez osobę inną niż wynikający z KRS).*
3. *Zamawiający definiuje mikro, małego i średniego przedsiębiorcę zgodnie z art. 7 ustawy  
   z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tj. Dz U. 2021 POZ. 162 ze zm.).*

*1) mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,*

*2) mały przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą,*

*3) średni przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp na **dostawę ambulansu transportowego wraz z wyposażeniem na potrzeby SZPZLO Warszawa-Wawer** w imieniu: …........................................................................................... ....................................................................................................................................................................

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

1. **Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz**
2. **nie podlega wykluczeniu w zakresie braku podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w rozdziale XII SWZ**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy PZP.[[2]](#footnote-2)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia   
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy Pzp1

*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………...…………

**w zakresie dotyczącym przesłanek wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego określonych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** **(dalej: „ustawa UOBN”)**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy UOBN1.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………..… ustawy UOBN1 *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy).*

**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.

Podpis osoby / osób umocowanych

do reprezentowania Wykonawcy

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).*
3. *Zgodnie z art. 273 ust. 2 ustawy Pzp, oświadczenie to wykonawca dołącza do oferty w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu.*

1. 2 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).

   \* niepotrzebne skreślić

   \*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 *Podkreślić, zaznaczyć właściwe oświadczenie* [↑](#footnote-ref-2)