**Załącznik nr 1 do SWZ**

……………………………. ……………………………….

*(nazwa 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. na: **„Dostawę zestawu traumowego” – sprawa   
nr WOFiTM/24/2021/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 SWZ 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 SWZ.
    4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w terminie określonym   
       w rozdziale XIII SWZ.
    5. Oświadczamy, że\*\*:

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

*część (zakres) przedmiotu zamówienia*

* + 1. Oświadczamy, że w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia ponosimy solidarną odpowiedzialność za wykonanie przedmiotu umowy.
    2. Oświadczamy, że zawarte w SWZ 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.
    3. Oświadczamy, że zobowiązujemy się wykonać zamówienie **w terminie 60 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy** nie później niż do 30.10.20211 r.   
       w zależności od tego, który z ww. terminów upłynie wcześniej**.**
    4. Oświadczam, że w ramach kryterium oceny ofert **określonych w rozdziale XVI pkt. 1 .4 SWZ (kryterium termin gwarancji), zobowiązujemy się udzielić gwarancji na dostarczony przedmiot umowy na okres ….. miesięcy.**
    5. **Oświadczam, że zobowiązujemy się** **w ramach kryterium oceny ofert w rozdziale XVI pkt. 1 .5 SWZ (kryterium czas reakcji serwisu na awarię) zobowiązujemy się na** **czas reakcji serwisu na awarię w terminie …. godzin od pierwszym zgłoszeniem awarii.**

1. 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.\*\*\*
2. Oświadczamy, iż jesteśmy mikro/małym/średnim przedsiębiorcą w zgodnie przepisami ustawy Prawo Przedsiębiorców /niepotrzebne skreślić/.
3. Oświadczamy, że wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom /należy podać firmy podwykonawców/:

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

1. Oświadczamy, że następujące dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Oświadczamy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów/usług:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | wartość towaru lub usługi bez VAT | stawka VAT, która będzie miała zastosowanie |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |

W przypadku braku wypełnienia tabeli powyżej - oświadczam, że złożenie oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego po stronie zamawiającego.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. ⃰

\* 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 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE 2016/679, oświadczenia o powyższej treści wykonawca nie składa (należy usunąć treść powyższego oświadczenia np. poprzez jego wykreślenie).

1. 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. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* Formularz cenowy

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany/podpis zaufany/podpis osobisty*)

*\*) 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.*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zad.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa handlowa\*** | **Nazwa producenta** | **J.m.** | **Ilość do zakupu** | **Cena jedn. netto\*\*** | **Wartość netto\*\*** | **VAT** | | **Wartość brutto\*\*** | **Termin gwarancji\*\*\*** | **Czas reakcji serwisu\*\*\*\*** | **Uwagi** |
| **%** | **Wartość podatku VAT** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
| 1 | Zestaw traumowy |  |  | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |  |  | zał. 8 oraz 8.1 |
| RAZEM WARTOŚĆ NETTO | | | | | | |  | | | | | | |

***\*) Pełna nazwa produktu tożsama z nazwą widniejącą na faktur****ze VAT wystawionej przez Wykonawcę oraz faktyczną nazwą widniejącą na opakowaniu.  
\*\*) Wartość w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.*

*\*\*\*)Oferowany termin gwarancji*

*\*\*\*\*) Oferowany czas reakcji serwisu*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności do grupy kapitałowej\***

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 na: **„Dostawę zestawu traumowego’’ – sprawa nr WOFiTM/24/2021/PN,**

* + - 1. o ś w i a d c z a m, iż Wykonawca **nie należy\*\*** do tej samej Grupy Kapitałowej co inni wykonawcy, którzy złożyli w postępowaniu ofertę.
      2. o ś w i a d c z a m, iż Wykonawca **należy\*\*** do tej samej grupy kapitałowej   
         w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów   
         (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), o której mowa w art. 108 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn. zm.) Jednocześnie składam listę podmiotów należących do grupy kapitałowej, które złożyły oferty w niniejszym postępowaniu:

1)

2)

Oświadczam, że istniejące między nami powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia na dowód czego wskazuje i załączam:

**\***  *W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie powyższe oświadczenie składa każdy członek konsorcjum.*

\*\* *Niepotrzebne skreślić*

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany/podpis zaufany/podpis osobisty*)

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH/ WYKONYWANYCH ZAMÓWIEŃ**

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Przedstawiamy wykaz zamówień wykonanych/wykonywanych, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku posiadania wiedzy i doświadczenia, którego opis sposobu oceny zawarty jest w Rozdziale VI SWZ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot na rzecz którego wykonano/jest wykonywane zamówienie**  **(nazwa i adres)** | **Data wykonania**  **(od - do)** | **Przedmiot wykonanego/ wykonywanego zamówienia** | **Wartość zamówienia brutto (zł)** | **Nr umowy/ Zamówienia** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany/podpis zaufany/podpis osobisty*)

Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że zamówienia te zostały wykonane lub są wykonywane należycie tj.:

1. poświadczenie, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych dostaw lub usług okresowych lub ciągłych poświadczenie powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
2. oświadczenie wykonawcy – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa powyżej.

**Załącznik nr 5 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz niepodleganiu wykluczeniu, zgodnie z art. 273 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. na **„Dostawę zestawu traumowego’’ – sprawa nr WOFiTM/24/2021/PN**, prowadzonego*,* oświadczam, że:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia.
2. nie podlegam wykluczeniu w zakresie określonym w specyfikacji warunków zamówienia.

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.

Podpisano: ....................................................................

*(kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/ podpis zaufany)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*UWAGA:*

1. *w przypadku gdy spełnione są przesłanki wykluczenia wykonawca wskazuje te przesłanki. Należy również dołączyć informacje dot. samooczyszczenia tj. wynikające z art. 110 ustawy Pzp,*
2. *w przypadku konsorcjum oświadczenie składa każdy z wykonawców występujących wspólnie lub pełnomocnik w ich imieniu, co powinno być odnotowane w oświadczeniu,*
3. *w przypadku korzystania z zasobów podmiotu udostępniającego – oświadczenie składa również podmiot udostępniający zasoby.*

**Załącznik nr 6 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**Zobowiązanie podmiotu do udostępnienia zasobów wykonawcy**

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o zamówieniu oraz SWZ w postępowaniu pn. na:

**„Dostawę zestawu traumowego’’ – sprawa nr WOFiTM/24/2021/PN** my:

………………….. (imię i nazwisko osoby podpisującej)

………………….. (imię i nazwisko osoby podpisującej)

Oświadczając, iż jesteśmy osobami odpowiednio umocowanymi do niniejszej czynności działając w imieniu ………………………………………………………….(wpisać nazwę podmiotu udostępniającego) z siedzibą w ………………………. (wpisać adres podmiotu udostępniającego) zobowiązujemy się do:

udostępnienia ………………. (wpisać komu) z siedzibą w …………… , zwanemu dalej Wykonawcą, posiadanych przez nas zasobów niezbędnych do realizacji zamówienia.

1. Zakres zasobów, jakie udostępniamy wykonawcy:
   1. …………………………………………………………………………………………………

(należy wyspecyfikować udostępniane zasoby)

* 1. …………………………………………………………………………………………………

(należy wyspecyfikować udostępniane zasoby)

* 1. …………………………………………………………………………………………………

(należy wyspecyfikować udostępniane zasoby)

1. Sposób i okres wykorzystania zasobów przy wykonywaniu zamówienia:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W związku z powyższym oddajemy Wykonawcy do dyspozycji ww. zasoby w celu korzystania z nich przez Wykonawcę – w przypadku wyboru jego oferty w przedmiotowym postępowaniu i udzielenia mu zamówienia - przy wykonaniu przedmiotu zamówienia.

…………………………………………..

miejscowość i data

Podpisano: ....................................................................

*(kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/ podpis zaufany)*

**Załącznik nr 7 do SWZ**

Istotne postanowienia umowy – zawarte w oddzielnym pliku