**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 1 Pojemniki jednorazowego użytku na zużyty sprzęt medyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis przedmiotu zamówienia – parametry wymagane** | **Zamawiana ilość sztuk** | **Cena jednostkowa netto za 1 sztukę** | **VAT****%** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, producent, nr katalogowy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Pojemniki jednorazowego użytku na zużyty sprzęt medyczny, wykonane z tworzywa sztucznego, nieprzemakalnego, odporne na przekłucia. Część zbiorcza pojemnika w żółtym ostrzegawczym kolorze, wieko zatrzaskowe z otworem wrzutowym wyposażonym w zamknięcie uniemożliwiające ponowne otwarcie. Pojemnik z uchwytem do przenoszenia. Pojemność pojemnika 10l. Na pojemniku musi znajdować się naklejka o wymiarach 15cmx21cm (+/- 1cm) z adnotacją: data otwarcia, data zamknięcia | 2100 |  |  |  |  |  |
|  | Razem:  |  |  |  |  |  |  |

Zamawiający wymaga od Wykonawcy wpisania wszystkich danych wymienionych w kolumnie nr 8

Wymagane próbki: 1 sztuka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_ 2019 roku

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

 podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 2 Pojemniki jednorazowego użytku na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – parametry wymagane** | **Zamawiana ilość sztuk** | **Cena jednostkowa netto za 1 sztukę** | **VAT****%** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, producent, nr katalogowy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Pojemniki jednorazowego użytku w kolorze żółtym na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach. Pojemniki wykonane z polipropylenu odpornego na przekłucia, przecięcia, odkształcenia oraz działanie wilgoci. Wieko zatrzaskowe pojemnika zapewniające „ostateczne”, trwałe zamknięcie. Na pojemniku musi znajdować się wyraźny symbol, informacja: „Materiał zakaźny” oraz oznaczenie pojemności 0,7 l | 5000 |  |  |  |  |  |
| 2 |  Pojemniki jednorazowego użytku w kolorze żółtym na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach. Pojemniki wykonane z polipropylenu odpornego na przekłucia, przecięcia, odkształcenia oraz działanie wilgoci. Wieko zatrzaskowe pojemnika zapewniające „ostateczne”, trwałe zamknięcie. Na pojemniku musi znajdować się wyraźny symbol, informacja: „Materiał zakaźny” oraz oznaczenie pojemności 1,0 l | 5500 |  |  |  |  |  |
| 3 | Pojemniki jednorazowego użytku w kolorze żółtym na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach. Pojemniki wykonane z polipropylenu odpornego na przekłucia, przecięcia, odkształcenia oraz działanie wilgoci. Wieko zatrzaskowe pojemnika zapewniające „ostateczne”, trwałe zamknięcie. Na pojemniku musi znajdować się wyraźny symbol, informacja: „Materiał zakaźny” oraz oznaczenie pojemności 2,0 l o śr.podstawy 9-11cm i wysokości min.20cm. Otwór wlotowy w wieku o śr. min.9cm. | 6000 |  |  |  |  |  |
| 4 | Pojemniki jednorazowego użytku w kolorze żółtym na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach. Pojemniki wykonane z polipropylenu odpornego na przekłucia, przecięcia, odkształcenia oraz działanie wilgoci. Wieko zatrzaskowe pojemnika zapewniające „ostateczne”, trwałe zamknięcie. Na pojemniku musi znajdować się wyraźny symbol, informacja: „Materiał zakaźny” oraz oznaczenie pojemności 2,0 l o śr.podstawy 12-15cm gwarantującej stabilność. Otwór wlotowy w wieku o śr. 7-8cm. | 5000 |  |  |  |  |  |
| 5 | Pojemniki jednorazowego użytku w kolorze żółtym na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach. Pojemniki wykonane z polipropylenu odpornego na przekłucia, przecięcia, odkształcenia oraz działanie wilgoci. Wieko zatrzaskowe pojemnika zapewniające „ostateczne”, trwałe zamknięcie. Na pojemniku musi znajdować się wyraźny symbol, informacja: „Materiał zakaźny” oraz oznaczenie pojemności 5,0 l . Otwór wlotowy w wieku o śr. 10-15cm. | 2500 |  |  |  |  |  |
| 6 | Pojemniki jednorazowego użytku w kolorze czerwonym na zużyte narzędzia o ostrych końcach i krawędziach. Pojemniki wykonane z polipropylenu odpornego na przekłucia, przecięcia, odkształcenia oraz działanie wilgoci. Wieko zatrzaskowe pojemnika zapewniające „ostateczne”, trwałe zamknięcie. Na pojemniku musi znajdować się wyraźny symbol, informacja: „Materiał zakaźny” oraz oznaczenie pojemności 10,0 l . Otwór wlotowy w wieku o śr. 10-15cm. | 700 |  |  |  |  |  |
|  | Razem: |  |  |  |  |  |  |

Zamawiający wymaga od Wykonawcy wpisania wszystkich danych wymienionych w kolumnie nr 8

Wymagane próbki: po 1 sztuce z poz. Nr 1, 2, 3, 4, 5 i 6 (w dowolnym kolorze)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_ 2019 roku

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

 podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2019r.

…………………………………………

 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 dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

## PAKIET Nr ……\*

bez podatku VAT………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**z podatkiem VAT** ………………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………...........zł

 **\****Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, ile części - Pakietów oferuje. Należy wpisać* ***numer oferowanego Pakietu.***

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. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy**,** że należymy do grupy **małych / średnich przedsiębiorstw: Tak / Nie**
6. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać **sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia**\*: Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..\*\*
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 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.
8. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

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

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

 (czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**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. 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 POJEMNIKÓW NA ODPADY MEDYCZNE*”***,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. *„***DOSTAWA POJEMNIKÓW NA ODPADY MEDYCZNE*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

 …………………………………………

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 5 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. *„***DOSTAWA POJEMNIKÓW NA ODPADY MEDYCZNE*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA POJEMNIKÓW NA ODPADY MEDYCZNE*”***  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019r.

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

 (Czytelny podpis i pieczątka 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*