**Załącznik NR 1 do SIWZ**

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

……………………………………………

 Pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

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

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

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

Tel:. ………………………………..............…

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:

…… .………………………………………………………………………

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy :

……………………………………………………………………………………….…….

Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić na konto:

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

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

* + - 1. W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie robót budowlanych na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za ***wynagrodzenie ryczałtowe***w wysokości :

**netto** …....................……..………. zł

**VAT** ……% ……….............……..………. zł

**brutto** …....................……..………. zł

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

**TERMIN WYKONANIA (max. 120 dni kalendarzowych od daty podpisania umowy): ………………………… dni kalendarzowych od daty podpisania umowy**

**Termin wykonania należy określić w pełnych dniach kalendarzowych**

**OFEROWANY OKRES GWARANCJI NA URZĄDZENIA TECHNOLOGICZNE (min. 24 m-ce)**

**……………………………. miesiące/cy**

**Okres gwarancji należy określić w pełnych miesiącach.**

* + - 1. Na wykonane roboty budowlane udzielimy **60 (sześćdziesiąt) miesięcy gwarancji** od daty odbioru końcowego.
			2. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
			3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
			4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
			5. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ **informacje stanowiące tajemnicę** przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
			6. 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.
			7. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia **zamierzamy wykonać sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia\*:** Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..\*\*
			8. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem **bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem**

TAK / NIE\*

* + - 1. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa w Rozdziale XIII pkt. 5 SIWZ: TAK / NIE\*

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi: TAK należy wypełnić:

powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………….………………

* + - 1. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 r.

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

 Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy

\* - *niepotrzebne skreślić*

\*\* - *wypełnia wykonawca*

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic 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. „***Przebudowa 2 sal chorych na sale pooperacyjną, przystosowanie węzłów sanitarnych na parterze i I piętrze dla osób niepełnosprawnych, modernizacja systemu przyzywowego, montaż instalacji gazów medycznych oraz malowanie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest ***„Przebudowa 2 sal chorych na sale pooperacyjną, przystosowanie węzłów sanitarnych na parterze i I piętrze dla osób niepełnosprawnych, modernizacja systemu przyzywowego, montaż instalacji gazów medycznych oraz malowanie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej” ZP-19-100BN***, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 r.

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

 Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 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 3 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic 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 PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „***Przebudowa 2 sal chorych na sale pooperacyjną, przystosowanie węzłów sanitarnych na parterze i I piętrze dla osób niepełnosprawnych, modernizacja systemu przyzywowego, montaż instalacji gazów medycznych oraz malowanie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej”.”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2019 r.

 …………………………………………

*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). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2019 r.

 …………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2019 r.

 …………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

**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 ………….…….2019 r.

 …………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic 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. ***„Przebudowa 2 sal chorych na sale pooperacyjną, przystosowanie węzłów sanitarnych na parterze i I piętrze dla osób niepełnosprawnych, modernizacja systemu przyzywowego, montaż instalacji gazów medycznych oraz malowanie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2019 r.

…………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w rozdziale IV SIWZ, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………..……………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2019 r.

 …………………………………………

 *Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

**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 ………….…….2019 r.

 …………………………………………

*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 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Podmiot oddający wykonawcy swoje zasoby:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU / PODMIOTÓW**

**ODDAJĄCYCH DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„Przebudowa 2 sal chorych na sale pooperacyjną, przystosowanie węzłów sanitarnych na parterze i I piętrze dla osób niepełnosprawnych, modernizacja systemu przyzywowego, montaż instalacji gazów medycznych oraz malowanie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, że zobowiązuję się do oddania do dyspozycji wykonawcy …………………………………………….\* niezbędnych zasobów wykazanych poniżej na okres korzystania z nich od ………… do ………….przy wykonywaniu zamówienia:

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

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

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

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

\* *podać nazwę wykonawcy*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019r.

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

 Podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

 do reprezentowania podmiotu oddającego

 do dyspozycji wykonawcy niezbędne zasoby

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic 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)*

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia*** | ***Uprawnienia, kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, wykształcenie, upoważniające do wykonania przedmiotu zamawiania[[1]](#footnote-1)*** | ***Zakresu wykonywanych przez nie czynności podczas realizowania przedmiotu zamówienia*** | ***Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami.[[2]](#footnote-2)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………….…….2019 r.

…………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic 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)*

**WYKAZ ROBÓT BUDOWLANYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Rodzaju wykonanych robót budowlanych*** | ***Wartości wykonanych robót budowlanych brutto*** | ***Daty wykonania robót budowlanych***  | ***Miejsca wykonania i podmiotów, na rzecz których roboty te zostały wykonane*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Do niniejszego wykazu należy dołączyć dowody określające czy w/w roboty budowlane zostały wykonane należycie, w szczególności informacji o tym czy roboty zostały wykonane zgodnie z przepisami prawa budowlanego i prawidłowo ukończone, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego roboty budowlane były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne dokumenty;***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2019 r.

 …………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych do reprezentowania wykonawcy*

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać na jakiej podstawie dysponuje się osobą skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, zobowiązanie innego podmiotu do oddania do dyspozycji, umowa przedwstępna itp.). **W przypadku powołania się na potencjał podmiotu trzeciego (podwykonawcę), należy podać, czy jest to dysponowanie bezpośrednie czy pośrednie**.

**Bezpośrednie** - „W przypadkach, gdy tytułem prawnym do powołania się przez wykonawcę na dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania zamówienia jest stosunek prawny istniejący bezpośrednio pomiędzy wykonawcą a osobą (osobami), na dysponowanie której (których) wykonawca się powołuje, mamy do czynienia z dysponowaniem bezpośrednim **(w takim przypadku nie zachodzi, sytuacja o której mowa w art. 22a Pzp, gdyż nie występują żadne zasoby podmiotów trzecich)**. Przy czym bez znaczenia jest tutaj charakter prawny takiego stosunku, tj. czy mamy tu do czynienia z umową o pracę, umową o świadczenie usług, umową przedwstępną, czy też z samozatrudnieniem się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą itd.”

**Pośrednie** „Natomiast z pośrednim dysponowaniem osobami zdolnymi do wykonania zamówienia mamy do czynienia w sytuacji, gdy więź prawna łączy wykonawcę z podmiotem (osobą) dysponującą tymi właśnie osobami. Innym słowy, wykonawca zawiera umowę z podmiotem (osobą fizyczną, prawną lub inną jednostką organizacyjną), w którego władaniu czy dyspozycji znajduje się osoba zdolna do wykonania zamówienia i ten podmiot zobowiązuje się do udostępnienia swoich zasobów zgodnie z art. 22a ust. 2 Pzp.”

**Wykonawca dokument/dokumenty potwierdzające uprawnienia Wykonawcy będzie zobowiązany dostarczyć Zamawiającemu wraz z wykazem.** [↑](#footnote-ref-2)