**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 podstawowym na: **„Dostawę produktów leczniczych do Zestawów Medycznych Poziomu 1’’ – sprawa
nr WOFiTM/29/2021/TP**, 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 XI 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:**
1. w zakresie zadań nr 1 - 4 w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy dla zamówienia podstawowego jednak nie później niż do 30 listopada 2021 r. Termin realizacji zamówienia opcjonalnego 30 dni od złożenia zamówienia, nie później niż do dnia 30.11.2022 r.
2. w zakresie zadań nr 5 - 8 w terminie od dnia 01.10.2021 r. - do dnia 15.11.2021 r.
3. w zakresie zadań nr 9 – 15 w terminie 45 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy, jednak nie później niż do 03 listopada 2021 r.
4. w zakresie zadań nr 16 - 26 w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy, jednak nie później niż do 30 listopada 2021 r
5. w zakresie zadań nr 27 – 32 w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy dla zamówienia podstawowego, jednak nie później niż do 30 listopada 2021 r. Termin realizacji zamówienia opcjonalnego 30 dni od złożenia zamówienia, nie później niż do dnia 30.11.2022 r.
6. 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.\*\*\*
7. 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. Oświadczamy że Wykonawca JEST (zaznaczyć odpowiedni rodzaj):
* mikroprzedsiębiorstwem;
* małym przedsiębiorstwem;
* średnim przedsiębiorstwem;
* jednoosobową działalnością gospodarczą;
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej;
* inny rodzaj.

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

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**

 *(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 produktów leczniczych do Zestawów Medycznych Poziomu 1’’ – sprawa nr WOFiTM/29/2021/TP** 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 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 podstawowym na: **„Dostawę produktów leczniczych do Zestawów Medycznych Poziomu Pierwszego’’ – sprawa nr WOFiTM/29/2021/TP** 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.

* + - 1. 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*)