***Załącznik nr 1 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**OFERTA WYKONAWCY**

**dla UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM MEDYCYNY MORSKIEJ I TROPIKALNEJ**

1. **Dane dotyczące Wykonawcy:**

**MIKRO/ŚREDNI PRZEDSIĘBIORCA[[1]](#footnote-1)**

**Nazwa: .........................................................................................................................................................**

Siedziba/adres: .....................................................................................................................................................

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Numer KRS:

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

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

1. **Przedstawiciel Wykonawcy do kontaktów w sprawie postępowania:**

imię i nazwisko: ……………………………….……

e-mail:……………………………………………….….

nr telefonu, nr faks ……...…………………..…

1. **Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: **ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO, w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym, z fakulatywnymi negocjacjami Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**  oferuję **świadczenie usług serwisowania sprzętu medycznego** zgodnie z wymogami i warunkami Warunków Zamówienia, za wynagrodzenie ryczałtowe:

**brutto ................................................................ zł, w tym podatek VAT 23%**

1. Oświadczam, że nasza oferta i cena jest prawidłowa i kompletna. Cena oferty brutto w PLN zawiera należny podatek VAT (zgodnie z ustawą z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług,), wszystkie przewidywane koszty kompletnego wykonania przedmiotu zamówienia, wymagania SWZ oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam, że w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 226 ust. 1 pkt. 7 ustawy Prawo zamówień publicznych i art. 5 – 17 Ustawy z 16 kwietnia 1993r o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
3. Oświadczam, że\*

[ ]  wybór ww. oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego

[ ]  wybór ww. oferty na prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego :

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru dla, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania (wskazać wartość podatku) ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…*(□ zaznaczyć „X” odpowiednio)*

1. **Wyrażam zgodę na otrzymanie należności w terminie do 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.**
2. **Oświadczam, że:**
	1. przedmiotowe zamówienie realizować będę zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ, w tym określonymi we wzorze umowy,
	2. serwis wykonamy zgodnie z obowiązującą ustawą o wyrobach medycznych i wszystkimi zaleceniami producenta serwisowanego sprzętu.
	3. dysponujemy nowymi oryginalnymi częściami zamiennymi – bądź dopuszczonymi przez producenta serwisowanych urządzeń i części mogą być montowane w urządzeniach objętych niniejszym zamówieniem gwarantując jego właściwą bezawaryjną pracę,
	4. usługę zrealizuję w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawarcia umowy,
	5. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni,
	6. zapoznałem się treścią SWZ, uzyskałem wszystkie niezbędne do złożenia oferty informacje i nie wnoszę do SWZ żadnych uwag,
	7. akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnie z wymogami określonymi w specyfikacji warunków zamówienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,
	8. wszystkie informacje podane w oświadczeniach załączonych do Oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji,
	9. jestem w stanie przedstawić wymagane oświadczenia i dokumenty na żądanie Zamawiającego bez zbędnej zwłoki,
3. **Przedmiot zamówienia zrealizujemy:**

**siłami własnymi \***

**siłami własnymi i przy udziale Podwykonawców w następującym zakresie\*:** *(wypełnić, jeżeli dotyczy)[[2]](#footnote-2)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Określenie zakresu zamówienia, który będzie realizowany przez podwykonawcę | Nazwa i adres Podwykonawcyjeżeli dotyczy: KRS/ NIP/PESEL | Pakiet |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + - 1. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zmówienia w formularzu OFERTA składają oświadczenie, z którego wynika, które usługi wykonają poszczególni wykonawcy, (załącznik nr 1 do SWZ).
1. Oświadczamy, że

……………………………………….……. wykona następujące usługi ……………………………………………………………..

……………………………………….……. wykona następujące usługi ……………………………………………………………..

……………………………………….……. wykona następujące usługi ……………………………………………………………..

*dotyczy wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zmówienia\**

1. **TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA: Oświadczam, że informacje i dokumenty zawarte w odrębnym pliku - stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. W załączeniu dokumenty potwierdzające, że zastrzeżone w ofercie informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.\***
2. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z *„Klauzulą informacyjną dotyczącą* *Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO)”*, o której mowa w  XXV SIWZ i oświadczam, że:
3. Znam i przestrzegam wszelkich obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych, w tym przepisów Rozporządzenia 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) – dalej: **„RODO”;**
4. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w artykule 13 lub artykule 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się
o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[3]](#footnote-3);
5. Przekazywane przeze mnie dane osobowe mogą być wykorzystane wyłącznie w celach związanych
z niniejszym postępowaniem.
6. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z odpowiedzialnością karną, o której mowa w art. 297 Kodeksu Karnego „Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.
7. **Załączniki - oświadczenia i dokumenty:**
8. Pełnomocnictwo\* str. ...................
9. Dokumenty potw., że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa\* str. ...................
10. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu, spełnianiu warunków str. ...................
11. Zobowiązanie podmiotów\* str. ...................
12. Pełnomocnictwo\* str. ...................
13. Dokumenty potw., że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa\* str. ...................

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

podpis Wykonawcy/Pełnomocnika

*\* niepotrzebne skreślić*

***Załącznik nr 2 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**Wykonawca/Wykonawcy:**

………………………………………………

……………………………………………..

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

reprezentowany przez:

…………………………………………….

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

**OŚWIADCZENIE o NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

**oraz o SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia prowadzonym w trybie podstawowym z fakultatywnymi negocjacjami na **„ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO”**,

oświadczam, że:

1. nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych

oraz

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt X ppkt 1 SWZ.
2. zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 pkt ………………………………….. ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn.zm.)

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

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

1. następujące podmioty, na których zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu :

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

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

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

podpis Wykonawcy / Pełnomocnika

***Załącznik nr 3 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**Podmiot oddający**

**do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby**

……………………………………………

……………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU/ÓW UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

*Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdza, że stosunek łączący wykonawcę z podmiotami udostępniającymi zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów*

Ja, ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 ***nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby ( KRS/ CEiDG*** ***NIP/PESEL)***

**zobowiązuję się** do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na rzecz:

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

*nazwa i adres Wykonawcy/Wykonawców składającego/ych Ofertę*

przy wykonaniu zamówienia publicznego **prowadzonego w** trybie podstawowym z fakultatywnymi negocjacjami na **„ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO”**

* + - 1. Zakres dostępnych wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:

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

* + - 1. Sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

* + - 1. Czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

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

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

podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu oddającego do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby

***Załącznik nr 4 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

w trybie na **„ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO”**

**prowadzonego w trybie** podstawowym z fakultatywnymi negocjacjami

Niniejszym potwierdzam aktualność informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w pkt XI ppkt 1 i 2 SWZ w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego.

......................................... dnia .....................……….. ………………………………………………..

 podpis Wykonawcy lub Pełnomocnika

***Załącznik nr 5 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**Wykonawca:**

…………………………………..…………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ,**

**dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia na „**postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na w trybie na **„ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO” prowadzonego w trybie** podstawowym z fakultatywnymi negocjacjami

Oświadczam, że w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1076z późn.zm.)**,** nie należymy do tej samej grupy kapitałowej **\***

Oświadczam, że w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 z późn.zm.) należymy do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcami, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego \*:\*

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres wykonawców** |
|  |  |
|  |  |

***\* niepotrzebne skreślić***

W załączeniu przekazuję następujące dowody:

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **na potwierdzenie, że** istniejące między nami powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

......................................... dnia .....................……….. ………………………………………………..

 podpis Wykonawcy lub Pełnomocnika

***Załącznik nr 6 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**Wykonawca/Wykonawcy:**

…………………………………..…………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ USŁUG**

zgodnie z treścią SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot umowy****(zakres rzeczowy)** | **Odbiorca****(Zamawiający)** | **Wartość zamówienia****brutto [zł]** | **Daty wykonania zamówienia****od DD/MM/RR do DD/MM/RR** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**W załączeniu:**

dowody określające, czy usługi zostały wykonane należycie

............................................ dnia ..................... ………………………………………………

podpis Wykonawcy lub Pełnomocnika

***Załącznik nr 7 do SWZ***

**Nr sprawy 02/UCMMiT/TP-fn/2021**

**Wykonawca/Wykonawcy:**

…………………………………..…………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

zgodnie z treścią SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko*** | ***Zakres******wykonywanych******czynności*** | ***Kwalifikacje zawodowe*** | ***Doświadczenie zawodowe*** | ***Podstawa dysponowania osobami*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

......................................... dnia .....................……….. ………………………………………………..

 podpis Wykonawcy lub Pełnomocnika

##

1. *Niepotrzebne skreślić*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, należy podać nazwy firm podwykonawców (o ile są znani)*  [↑](#footnote-ref-2)
3. 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, o którym mowa w pkt 2 (należy je przekreślić). [↑](#footnote-ref-3)