**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 wyrobów medycznych do nowych 70 kpl. Zestawów Medycznych Poziomu Pierwszego z przeznaczeniem dla RBZMed’’ – sprawa nr WOFiTM/39/2021/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 30 dni kalendarzowych** od dnia podpisania umowy, jednakże nie później niż do dnia 30.11.2021 r. (w zależności od tego który z wyżej wymienionych terminów upłynie wcześniej).
		4. 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.\*\*\*
1. Oświadczamy, że wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom /należy podać firmy podwykonawców/:

.............................................................................................................................................................................................................................................................................. Oświadczamy, że następujące dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane: .............................................................................................................................................................................................................................................................................. Oświadczamy że Wykonawca jest (zaznaczyć odpowiedni rodzaj):

* mikroprzedsiębiorstwem;
* małym przedsiębiorstwem;
* średnim przedsiębiorstwem;
* jednoosobową działalnością gospodarczą;
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej;
* inny rodzaj.
1. *Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*
2. *Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*
3. *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.*
4. 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. 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**

Uczestnicząc w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego prowadzonego
w trybie podstawowym na.: **„Dostawę wyrobów medycznych do nowych 70 kpl. Zestawów Medycznych Poziomu Pierwszego z przeznaczeniem dla RBZMed’’ – sprawa nr WOFiTM/39/2021/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 wyrobów medycznych do nowych 70 kpl. Zestawów Medycznych Poziomu Pierwszego z przeznaczeniem dla RBZMed’’ – sprawa nr WOFiTM/39/2021/TP**,

* + - 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 5 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\*\*** | **Całkowity okres ważności oferowany przez producenta wyrażony w miesiącach** | **Oferowany okres ważności liczony na dzień składania ofert wyrażony w miesiącach** | **Uwagi** |
| **%** | **Wartość podatku VAT** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
| 1 | Gaza opatrunkowa jałowa 1/4m2, 17 nitkowa, kopertowana |  |  | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Gaza opatrunkowa jałowa 1m2, 17 nitkowa, kopertowana |  |  | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Igła iniekcyjna 0,8 x 40 typu LUER |  |  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kołnierz ortopedyczny wielorazowy |  |  | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  | SOPZ załącznik nr 6 do SWZ(jeśli dotyczy) |
| 5 | Kompresy jałowe, gaza bawełniana 17 nitkowa, 8 warstwowe; 10 x 10 cm a' 10 szt. pakowane w blister |  |  | op. | 3500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Opaska elastyczna o niskiej rozciągliwości, podtrzymująca, samoprzylepna do mocowania szyny 10 cm x 4,5 m |  |  | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Opatrunek hydrożelowy duży o rozmiarach 20-40 x 40-60 cm |  |  | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  | SOPZ załącznik nr 6 do SWZ(jeśli dotyczy) |
| 8 | Opatrunek hydrożelowy na twarz o rozmiarach 28-40 x 40-60 cm |  |  | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  | SOPZ załącznik nr 6 do SWZ(jeśli dotyczy) |
| 9 | Plaster na włókninie z opatrunkiem 6 cm x 1m |  |  | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Wyrób medyczny: żel do cewnikowania w aplikatorze 12,5 g. Skład: Lidocaine hydrochloride 2%, Chlorhexidine didydrochloride 0,05% |  |  | op. | 280 |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

*\*\*\*) Wymagania w zakresie terminów ważności:*

*W przypadku zaoferowania przez Wykonawcę produktu, który został dopuszczony przez Zamawiającego udzielonymi odpowiedziami, w kolumnie „Uwagi” należy wpisać parametry dopuszczonego (oferowanego przez Wykonawcę) produktu, z zaznaczeniem „dopuszczono odpowiedziami z dnia…”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uwagi: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Wymagania warunków przechowywania oferowanego asortymentu - według zaleceń producenta. |
| 2..Dostarczany wyrób oznakowany zgodnie z decyzją nr 3/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.01.2014 r. w sprawie wytycznych określających wymagania w zakresie znakowania kodem kreskowym wyrobów dostarczanych do resortu obrony narodowej – Dz. Urz. MON z 07.01.2014, poz. 11. 3. W zakresie zadań, w których opis techniczny stanowią WET - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (WET) został sporządzony przez Gestora SpW – Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych4. Dodatkowe wymagania dot. okresu ważności oraz gwarancji: a) Okres ważności w dniu składania ofert nie może być krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta. b) W przypadku okresu ważności określonego w WET - okres ważności nie może być krótszy niż 80% podanego okresu.c) W przypadku braku określenia w WET wymaganego okresu ważności - całkowity okres ważności określony przez producenta nie może być krótszy niż 24 miesiące. d) Termin gwarancji (w zakresie zadań, których dotyczy) - min. 24 miesiące.5. Sposób przeliczania 80% całkowitego okresu ważności wyrażonego w miesiącach "z zaokrągleniem w dół", np. -dla 24 miesięcznego całkowitego okresu ważności 80% stanowi 19,2 miesiąca, co Zamawiający zaokrągli do 19 miesięcy;-dla 36 miesięcznego całkowitego okresu ważności 80% stanowi 28,8 miesiąca, co Zamawiający zaokrągli do 28 miesięcy;-dla 48 miesięcznego całkowitego okresu ważności 80% stanowi 38,4 miesiąca, co Zamawiający zaokrągli do 38 miesięcy;-dla 60 miesięcznego całkowitego okresu ważności 80% stanowi 48,00 miesiąca, co Zamawiający zaokrągli do 48 miesięcy, itd. |
| 6. Klauzula kodyfikacyjna: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. Przedmiot zamówienia w postaci wyrobów wyszczególnionych w umowie wraz z częściami zamiennymi, materiałami eksploatacyjnymi, konserwacyjnymi i narzędziami, podlega kodyfikacji zgodnie z zasadami Systemu Kodyfikacyjnego NATO (NCS – NATO Codification System).2. Wykonawca - na wniosek Zamawiającego - zobowiązany jest do:2.1 Wykonania identyfikacji wstępnej oraz udostępnienia aktualnych danych technicznych wyrobów wyszczególnionych w pkt. 1., wykorzystując aktualne dane własne lub pozyskane od podwykonawców i poddostawców.2.2 Sporządzenia w umowie wykazu wszystkich wyrobów będących przedmiotem zamówienia z uwzględnieniem: Numeru Referencyjnego - RN (oznaczenia wyrobu pod jakimi jest on rozpoznawany przez Wykonawcę - producenta, dostawcę, podwykonawcę); Numeru Magazynowego NATO - NSN (jeżeli został już przydzielony); Kodu Podmiotu Gospodarki Narodowej - NCAGE (jeżeli został przydzielony) lub - gdy brak NCAGE - danych teleadresowych odpowiednio: producenta lub dostawcy, podwykonawcy.2.3 Przekazania danych, o których mowa w ppkt. 2.1. i 2.2. w terminie do 30 dni od momentu otrzymania wniosku, w uzgodnionej formie i bez dodatkowych opłat. 3. Odbiorcą danych określonych w ppkt. 2.1. i 2.2. w imieniu Zamawiającego, będzie polskie biuro kodyfikacyjne ( NCB of Poland – POL NCB ) – Wojskowe Centrum Normalizacji, Jakości i Kodyfikacji, ul. Nowowiejska 28a, 00-909 Warszawa, tel. 261 845 700; fax. 261 845 891. W przypadku, gdy wyroby wyszczególnione w pkt. 1. są dostarczane przez dostawców zagranicznych, odbiorcą danych będzie biuro kodyfikacyjne kraju producenta/dostawcy tych wyrobów. |  |  |  |