

Zamawiający  
**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J.  
Gromkowskiego**  
**51-149 Wrocław**  
**ul. Koszarowa 5**  
*(pełna nazwa/firma, adres)*

### FORMULARZ OFERTY

Ja/my\*niżej podpisani:

**GRZEGORZ WANTUCH- PROKURENT**

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

Działając w imieniu i na rzecz:

**CENTRUM MEDYCZNE ERMED SP. ZO.O**

*(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Adres: **56-100 WOŁÓW, TRZEBNICKA 35**

Kraj **POLSKA**

REGON **368234419**

NIP: **9880297183**

TEL : **781-027-474**

Adres e-mail: **CM-ERMED@WP.PL**

*(na które Zamawiający ma przysyłać korespondencje)*

Wykonawca jest mikro, ~~małym, średnim przedsiębiorcą~~ **TAK/NIE\*** właściwe podkreślić i zaznaczyć

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego PN 30/21- usługa transportu medycznego „P” II

**SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia –zał. nr 6 do SWZ na następujących warunkach:

Cena oferty brutto za **realizację całego zamówienia** wynosi: **50.400,00 zł**, (słownie złotych:  
**PIĘĆDZIESIĄT TYSIĘCY CZTERYSTA ZŁOTYCH 00/100 )**

1. Potwierdzamy gotowość realizacji świadczenia usług transportu medycznego „P” na warunkach opisanych w SWZ oraz w terminie 2 miesięcy.
2. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
3. **OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia **01.09.2021**

5. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z Istotnymi warunkami umowy, określonymi w Załączniku nr 5 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
7. **SKŁADAMY** ofertę na \_\_\_\_\_ stronach.
8. Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....

WOŁÓW

27.07.

\_\_\_\_\_dnia \_\_\_\_\_2021r.

**Informacja dla Wykonawcy:**

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*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 (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

---

<sup>2</sup>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

Zamawiający  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J.  
Gromkowskiego  
51-149 Wrocław  
ul. Koszarowa 5

(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

**CENTRUM MEDYCZNE**  
**ERMED Sp. z o.o.**  
56-100 Wołów, ul. Trzebnicka 35  
NIP 9880297183, REGON 368234419  
KRS 0000694170

(pełna nazwa/ firma, adres,

W zależności od podmiotu: NIP/PESEL,

KRS/CEIDG)

reprezentowany przez:

**GRZEGORZ WANTUCH- PROKURENT**

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

#### Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)

#### DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego PN 30/21- usługa transportu medycznego „P” II prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, 51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5, oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp. oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie wskazanym przez Zamawiającego w pkt. VIII SWZ dotyczące:

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym
2. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej

WOŁÓW

27.07.2021

..... (miejscowość), dnia.....r.

Grzegorz Wantuch.

.....  
(podpis)

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. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

WOŁÓW 27.07.2021  
.....(miejscowość), dnia.....r.

Gnagon Wautch.

.....  
(podpis)

**OŚWIADCZENIEDOTYCZĄCEPODANYCHINFORMACJI:**

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.

WOŁÓW 27.07.2021  
.....(miejscowość), dnia.....r.

Gnagon Wautch.

.....  
(podpis)