Załącznik nr 1 do SIWZ

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***LEKI DO PROGRAMÓW LEKOWYCH*** |
| **Zamawiający** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 |
| ***Oferent – pełna nazwa Oferenta,******adres,******NIP******REGON*** |  |
| ***tel., fax.*** |  |
| ***e-mail*** |  |
| ***Adres do korespondencji*** ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):***  |  |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 1***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 2***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 3***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 4***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 5***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 6***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 7***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 8***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA 9***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| **Uwaga:****Zamawiający wymaga, aby do oferty załączyć wyłącznie strony formularza dotyczące zadań, na które Wykonawca składa ofertę. Dotyczy to również formularza cenowego.** |
| ***Termin płatności*** | **60 dni**  |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy |
| **OŚWIADCZENIA:**1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz we wzorze umowy;
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy).
6. wadium w wysokości **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN**, zostało wniesione w dniu: ......................................., w formie: …..…….............................................................................;
7. prosimy o zwrot wadium (dot. wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek:

…...………………...........................................................................................…...………; |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:

.......................................................................................................................................................................e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..; |
| **PODWYKONAWCY:**Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)1. .........................................................................................................................................................
2. .........................................................................................................................................................
 |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)* **na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w pkt. 12.7 SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw** (właściwe zaznaczyć)**⬜** TAK **⬜** NIE |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
2. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
3. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
4. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..

Oferta została złożona na ....... zapisanych i kolejno ponumerowanych oraz podpisanych stronach.

Załącznik nr 5 do SIWZ

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art.24 ust.1 pkt. 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**LEKIDO PROGRAMÓW LEKOWYCH**prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

**Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**

Załącznik nr 6 do SIWZ

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn: **LEKI DO PROGRAMÓW LEKOWYCH**

*oświadczam, że:*

* **oświadczenie** Wykonawcy o posiadaniu aktualnych dokumentów oferowanego przedmiotu zamówienia, dopuszczających do obrotu i stosowania w ochronie zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z polskim prawem oraz prawem Unii Europejskiej. Dokumenty, o których mowa powyżej, udostępnię na każde żądanie Zamawiającego.