**Załącznik nr 1 do IDW – Wzór Formularza Ofertowego**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/ZP/D -10/2015**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: ........................................................................................................................

2. Zarejestrowany adres Wykonawcy: ...........................................................................................................................

Telefon: ................................................... Faks: ................................................... e-mail: .............................................

NIP: ............................................................... REGON: .........................................................

3. Cena ofertowa:

Oferujemy wykonanie całości **przedmiotu zamówienia** za cenę ( wynikającą z Formularza cenowego) w kwocie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nr pakietu | Nazwa asortymentu towaru  | Wartość oferty netto  | Kwota podatku VAT (VAT …%) | Wartość oferty BRUTTO  | oferuję Czas dostawy ….. dni roboczych od daty złożenia zamówienia.  |
| 1 | Szczepionka inaktywnowana przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A dla dorosłych |   |   |   |   |
| 2 | Preparat zawierający nie mniej niż 5 j.m. toksoid błoniczy i nie mniej niż 40 j.m.toksoid tężcowy dla młodzieży i dorosłych, objętość 0,5 ml w ampułce |   |   |   |   |
| 3 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę bezkomórkową przeciw krzuśćowi i toksoid tężcowy dla dzieci od 4 r. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 4 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę bezkomórkową przeciw krzuśćowi, szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy dla dzieci od 4 r. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 5 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, toksoid tężcowy i szczepionkę przeciw poliomyelitis |   |   |   |   |
| 6 | Szczepionka przeciw przenoszonemu przez kleszcze zapaleniu mózgu zawierająca całego wirusa dla osób od 16 r. ż., objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 7 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę przeciw H. influenzae typu B, szczepionkę bezkomórkową przeciw krztuśćowi (3 komponenty), szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy dla dzieci od 2 m. ż., 1 ampułkostrzykawka 0,5 ml z zaw. + 1 fiolka z proszkiem + 2 igły |   |   |   |   |
| 8 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę przeciw H. influenzae typu B, szczepionkę bezkomórkową przeciw krztuśćowi (2 komponenty), szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy dla dzieci od 2 m. ż. |   |   |   |   |
| 9 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę przeciw H. influenzae typu B, szczepionkę rekombinowaną przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, szczepionkę bezkomórkową przeciw krztuścowi (3 komponenty), szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy, 1 fiolka z proszkiem + 1 ampułkostrzykawka objętości 0,5 ml z zawartością + 2 igły |   |   |   |   |
| 10 | Szczepionka przeciw meningokokom czterowalentna (A+C+W135+Y) dla osób od 11 r. ż., zawierająca 1 fiolkę z proszkiem i 1 ampułkostrzykawkę z roztworem |   |   |   |   |
| 11 | Szczepionka przeciw meningokokom czterowalentna (A+C+W135+Y) dla dzieci od 12 m. ż., zawierająca 1 fiolkę z proszkiem i 1 ampułkostrzykawkę z roztworem |   |   |   |   |
| 12 | Szczepionka przeciw meningokokom gr. A i C dla dzieci od 2 r. ż. i dorosłych |   |   |   |   |
| 13 | Szczepionka polisacharydowa przeciw pneumokokom dla dzieci od 2 r. ż. i osób dorosłych, objętości 0,5 ml w ampułkoskrzykawce |   |   |   |   |
| 14 | Szczepionka żywa, atenuowana przeciw żółtej gorączce |   |   |   |   |
| 15 | Szczepionka przeciw meningokokom gr. B |   |   |   |   |
| 16 | Szczepionka skoniugowana przeciw meningokokom gr. C dla dzieci od 2 miesiąca życia, objętość 0,5 ml w ampułko-strzykawce |   |   |   |   |
| 17 | Szczepionka inaktywnowana przeciw poliomyelitis, objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 18 | Szczepionka rekombinowana przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B |   |   |   |   |
| 19 | Szczepionka polisacharydowa przeciw durowi brzusznemu dla dzieci od 2 r. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 20 | Szczepionka inaktywowana przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A połączona z szczepionką rekombinowaną przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dla młodzieży od 16 r. ż. i dorosłych, objętość 1 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 21 | Szczepionka przeciw ospie wietrznej dla dzieci od 9 m. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml, fiolka z proszkiem i ampułko-strzykawka z rozpuszczalnikiem. |   |   |   |   |
| 22 | Szczepionka przeciw wściekliźnie |   |   |   |   |
| 23 | Szczepionka przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu |   |   |   |   |
| 24 | Szczepionka inaktywowana przeciw grypie sezonowej 2015/2016 dla dzieci od 36 m. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml zawiesiny do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce z podziałką umożliwiającą podanie połowy dawki, zaopatrzona musi być w ampułko-strzykawkę z korkiem tłoka oraz igłą, pakowana pojedynczo |  |  |  |  |
| 25. | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę przeciw H. influenzae typu B, szczepionkę rekombinowaną przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, szczepionkę bezkomórkową przeciw krztuścowi (2 komponenty), szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy |  |  |  |  |

***Uwaga!- w przypadku nie składania oferty w ramach danego pakietu należy wpisać „nie dotyczy”***

Łączna wartość oferty (dla zaoferowanych pakietów) wynosi:

Cena netto ………………………………….zł

(słownie: ………………………………………………………………………………..zł)

Wybór oferty będzie prowadził/ nie będzie prowadził\* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania……………………………………………………………………………………………………………

*\* - nieodpowiednie skreślić*

Cena brutto ................................................... zł

(słownie: .............................................................................................. zł)

W tym podatek VAT w kwocie …………………zł

4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią SIWZ i akceptuję jej postanowienia.

5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Projektu umowy (część III Siwz) i akceptuję jego postanowienia.

6. Oświadczam, że zapoznałem się z „Opisem przedmiotu zamówienia (OPZ)” – cz. II Siwz i zgodnie
z jego treścią wykonam przedmiot zamówienia.

7. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

8. Oświadczam, że oferowany produkt posiada aktualne wymagane prawem zezwolenie dopuszczające do obrotu i używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

9. Niniejszym wskazuję następujące części zamówienia, których wykonanie powierzę podwykonawcom: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

10. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty)

Data : …………………….

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 2 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/ZP/D -10/2015**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja (my), niżej podpisany…………………………………………………. *(imię i nazwisko składającego (ych) oświadczenie),* będąc upoważnionym (mi) do reprezentowania Wykonawcy:

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres

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

.

NIP......................................................... Regon...................................................................

Biorąc udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

Oświadczam, że spełniam (y) warunki ubiegania się o udzielenie zamówienia, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 poz. 907 z późn. zm.) dotyczące:

* + - 1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
			2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
			3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
			4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 3 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/ZP/D -10/2015**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Ja (my), niżej podpisany………………………………………………….*(imię i nazwisko składającego (ych) oświadczenie),* będąc upoważnionym (mi) do reprezentowania Wykonawcy:

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres

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

NIP......................................................... Regon...................................................................

Biorąc udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

Oświadczam (y), że nie podlegam (y) wykluczeniu z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 poz. 907 z późn. zm.)

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 4 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/ZP/D -10/2015**

**LISTA PODMIOTÓW NALEŻĄCYCH DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**albo**

**INFORMACJA O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Ja (my), niżej podpisany…………………………………………………. *(imię i nazwisko składającego (ych) oświadczenie),* będąc upoważnionym (mi) do reprezentowania Wykonawcy:

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres

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

NIP......................................................... Regon...................................................................

Biorąc udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

***Oświadczam(y), że:***

1. nie należymy do grupy kapitałowej\*.

2. należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.) i w związku z tym składamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej\*.

**LISTA PODMIOTÓW NALEŻĄCYCH DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa podmiotu i adres |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

**Przez grupę kapitałową** - należy rozumieć wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę, w rozumieniu art. 4 pkt 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronir konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2007 r. Nr 50, poz. 331 ze zm.).

W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia przez dwóch lub więcej Wykonawców w/w informacja musi dotyczyć każdego z Wykonawców i winno być złożone przez każdego z nich odrębnie.

***\*-****-niepotrzebne skreślić*

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 5 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/ZP/D -10/2015**

**Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wartość dostawy** | **Przedmiot dostawy** | **Okres realizacji dostawy(data rozpoczęcia i zakończenia)** | **Zamawiający / Odbiorca****dostawy (nazwa i adres)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

Do powyższego wykazu dołączamy następujące dokumenty potwierdzające, że wykazane dostawy zostały wykonane należycie:

* 1. ...............................................................................
	2. ...............................................................................
	3. ...............................................................................

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 6 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/ZP/D -10/2015**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

oświadczam, że oferowane leki posiadają aktualne wymagane prawem zezwolenia dopuszczające do obrotu i używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z wymaganiami określonymi w Ustawie z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne ( Dz. U. tj. z 2008 nr 45 poz. 271 ze zm.)

Jednocześnie zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów poświadczających treść w/w oświadczenia na każde żądanie Zamawiającego.

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy