**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 -5/2015**

**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:

Cena brutto ................................................... zł
(słownie: ................................................................................................................................ zł)

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

4. Oferowana szczepionka posiada:

liczba serotypów wirusa brodawczaka ludzkiego zawartych w szczepionce - ……………….

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

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

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

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

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

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

11. 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 -5/2015**

**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 szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV**

**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 -5/2015**

**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 szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV**

**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 -5/2015**

**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 szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV**

**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 -5/2015**

**Dostawa szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV**

**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 -5/2015**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**Dostawa szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV**

**na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

oświadczam, że oferowany lek posiada 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