**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/R-1/2015**

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

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

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

3. Cena oferty:

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

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. Oferuję okres gwarancji: ……… miesięcy od daty odbioru końcowego

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. 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 1 do Formularza Oferty**

**ZBIORCZE ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

**(opracowane na podstawie Przedmiaru Robót)**

**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/R-1/2015**

Zbiorcze zestawienie wartości poszczególnych robót :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Wartość netto** **[PLN]** |
| 1. | BUDYNEK DYREKCJI WCZ SP ZOZ UL.PODRÓŻNICZA - OBIEKT NR 1 |  |
| 2. | BUDYNEK PRZYCHODNI STABŁOWICE UL. STABŁOWICKA - OBIEKT NR 2 |  |
| 3. | BUDYNEK PRZYCHODNI "KOZANÓW" UL. DOKERSKA - OBIEKT NR 3 |  |
| 4. | OŚRODEK PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY CHORÓB ZAKAŹNYCHI TERAPII UZALEŻNIEŃ UL.WSZYSTKICH ŚW. - OBIEKT NR 4 |  |
|  | **Wartość RAZEM netto [PLN]** |  |
|  | **Podatek VAT ....... % [PLN]**  |  |
|  | **Wartość RAZEM brutto [PLN]** |  |

**Zbiorcze zestawienie kosztów** – Cena oferty – zostaje przeniesiona do Formularza Ofertowego, jako **CENA OFERTY**.

Data : …………………….

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

Pieczęć i podpis Wykonawcy

**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/R-1/2015**

**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:

**Wykonanie prac remontowo- budowlanych w czterech obiektach
 WCZ SPZOZ we Wrocławiu**

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/R-1/2015**

**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:

**Wykonanie prac remontowo- budowlanych w czterech obiektach
 WCZ SPZOZ we Wrocławiu**

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/R-1/2015**

**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:

**Wykonanie prac remontowo- budowlanych w czterech obiektach
 WCZ SPZOZ we Wrocławiu**

***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/R-1/2015**

**WYKAZ ROBÓT**

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

Do powyższego wykazu dołączamy następujące dowody potwierdzające, że wykazane roboty zostały wykonane należycie:

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

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy