**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 -1/2016**

**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:

**PAKIET NR 1 materiały dezynfekcyjne**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**PAKIET NR 2 materiały opatrunkowe**

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

Tj. cena netto ………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie …………………zł

**PAKIET NR 3 zużywalny sprzęt medyczny**

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

Tj. cena netto ………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie …………………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*

4. Oferuję:

dla PAKIETU NR 1 **Czas dostawy od daty ….. dni kalendarzowych od daty złożenia zamówienia.**

dla PAKIETU NR 2 **Czas dostawy od daty ….. dni kalendarzowych od daty złożenia zamówienia.**

dla PAKIETU NR 3 **Czas dostawy od daty ….. dni kalendarzowych od daty złożenia zamówienia.**

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. IISiwz 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 -1/2016**

**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:

**Sukcesywna dostawa materiałów dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych oraz   
zużywalnego sprzętu medycznego 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze 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 -1/2016**

**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:

**Sukcesywna dostawa materiałów dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych oraz   
zużywalnego sprzętu medycznego 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze 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 -1/2016**

**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:

**Sukcesywna dostawa materiałów dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych oraz   
zużywalnego sprzętu medycznego 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 -1/2016**

**WYKAZ DOSTAW**

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

Do powyższego wykazu dołączamy następujące dowody 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 -1/2016**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

„**Sukcesywną dostawa materiałów dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych oraz   
zużywalnego sprzętu medycznego na potrzeby funkcjonowania   
Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

oświadczam, że oferowane produkty posiadają aktualne wymagane prawem zezwolenia dopuszczające do obrotu i używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876z poźn.zm.), tj. wpisów/zgłoszeń do Rejestru Wyrobów Medycznych, certyfikatów CE, atestów, Deklaracji Zgodności.

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

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy