**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 -10/2016**

**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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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, szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy dla dzieci od 2 m. ż. |   |   |   |   |
| 8 | 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 |   |   |   |   |
| 9 | Preparat zawierający toksoid błoniczy, szczepionkę przeciw H. influ-enzae typu B, szczepionkę rekombinowaną przeciw wirusowemu za-paleniu wątroby typu B, szczepionkę bezkomórkową przeciw krztu-ścowi (2 komponenty), szczepionkę inaktywowaną przeciw poliomyelitis i toksoid tężcowy |   |   |   |   |
| 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 przeciw pneumokokom, polisacharydowa, skoniugowana (adsorbowana), 13-walentna dla niemowląt, dzieci i młodzieży od 6 t. ż. oraz dorosłych, objętość 0,5 ml w ampułkoskrzykawce |   |   |   |   |
| 15 | Szczepionka żywa, atenuowana przeciw żółtej gorączce |   |   |   |   |
| 16 | Szczepionka przeciw meningokokom gr. B |   |   |   |   |
| 17 | Szczepionka skoniugowana przeciw meningokokom gr. C dla dzieci od 2 miesiąca życia, objętość 0,5 ml w ampułko-strzykawce |   |   |   |   |
| 18 | Szczepionka inaktywnowana przeciw poliomyelitis, objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 19 | Szczepionka rekombinowana przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B |   |   |   |   |
| 20 | Szczepionka polisacharydowa przeciw durowi brzusznemu dla dzieci od 2 r. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml w ampułkostrzykawce |   |   |   |   |
| 21 | 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 |   |   |   |   |
| 22 | Szczepionka przeciw ospie wietrznej dla dzieci od 9 m. ż. i dorosłych, objętość 0,5 ml, fiolka z proszkiem i ampułko-strzykawka z rozpuszczalnikiem. |   |   |   |   |
| 23 | Szczepionka przeciw wściekliźnie |   |   |   |   |
| 24 | 9-walentna szczepionka przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) |  |  |  |  |
| 25. | Szczepionka przeciw cholerze |  |  |  |  |
| 26. | Szczepionka przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu |  |  |  |  |
| 27. | Szczepionka przeciw rotawirusom , doustna dla niemowląt od 6 tygodnia życia |  |  |  | Nie dotyczy |
| oferuję **liczbę szczepionek podawanych dziecku w całym schemacie szczepienia niezbędnym do pełnego uodpornienia - …………….** |

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

Łączna wartość oferty (dla zaoferowanych pakietów) wynosi:

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

Tj. cena netto ………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie …………………zł

4. **INFORMUJEMY**, że \*\*:

* wybór oferty **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \*.
* wybór oferty **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących *towarów* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*.

Wartość *towaru* powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł netto \***.**

\* niepotrzebne skreślić

*\*\* dotyczy Wykonawców*, *których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

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 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.) i oświadczam, iż na każde żądanie Zamawiającego przedstawię aktualne dokumenty potwierdzające ten fakt.

**10. OŚWIADCZAMY**, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ - stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr \_\_\_ do oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.

**11. ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ZAMIERZAMY **powierzyć wykonanie części zamówienia następującym podwykonawcom (o ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców)\*.**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

12. 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 -10/2016**

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia ”**oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia **pkt.5.2** Instrukcji dla Wykonawców (IDW)

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia pkt. 5.2 Instrukcji dla Wykonawców (IDW) *,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………, w następującym zakresie: …………………………………………

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**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 -10/2016**

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia ”***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt. 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 4 ustawy Pzp .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt. 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Propozycja/wzór**

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

**albo**

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

**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 -10/2016**

**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:

**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. z 2015r. poz. 187 ze 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 2015 r. poz. 187 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

**Propozycja/wzór**

**Wykaz dostaw**

**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 -10/2016**

**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

**Propozycja/Wzór**

**ZOBOWIĄZANIA INNEGO PODMIOTU**

**do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

**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 -10/2016**

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa podmiotu oddającego potencjał)* |  |

*UWAGA:*

*Zamiast niniejszego Formularza można przedstawić inne dokumenty, w szczególności:*

1. *pisemne zobowiązanie podmiotu, o którym mowa w art. 22a ust. 2 ustawy Pzp*
2. *dokumenty dotyczące:*
3. *zakresu dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu,*
4. *sposobu wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia,*
5. *charakteru stosunku, jaki będzie łączył Wykonawcę z innym podmiotem,*
6. *zakresu i okresu udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia.*

**MY NIŻEJ PODPISANI**

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)*

działając w imieniu i na rzecz

*(nazwa (firma) dokładny adres Podmiotu)*

Zobowiązuję się do oddania nw. zasobów na potrzeby wykonania zamówienia pn. **Dostawa szczepionek dla dzieci i dorosłych na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia”**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(określenie zasobu – wiedza i doświadczenie, potencjał techniczny, potencjał kadrowy, potencjał ekonomiczny lub finansowy)*

do dyspozycji Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Wykonawcy)*

przy wykonywaniu zamówienia pod nazwą:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer sprawy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. charakter stosunku łączącego mnie z Wykonawcą będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_ roku

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Podmiotu/ osoby upoważnionej do reprezentacji Podmiotu)*