**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/P/D -12/2017**

**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 opakowania medyczne**

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

Tj. cena netto ………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie …………………zł

**PAKIET NR 2 testy do wykrywania narkotyków w moczu**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**PAKIET NR 3 testy alergologiczne skórne**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**PAKIET NR 4 Testy kasetkowe do szybkiej diagnostyki zakażenia HIV**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**PAKIET NR 5 Testy kasetkowe do szybkiej diagnostyki zakażenia kiłą**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**PAKIET NR 6 Testy kasetkowe do szybkiej diagnostyki zakażenia HCV**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**PAKIET NR 7** **Elmex żel**

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

Tj. cena netto………………………………….zł

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

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

***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

Oferuję:

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

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

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

dla PAKIETU NR 4 Czas dostawy od daty ….. dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

dla PAKIETU NR 5 Czas dostawy od daty ….. dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

dla PAKIETU NR 6 Czas dostawy od daty ….. dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

dla PAKIETU NR 7 Czas dostawy od daty ….. dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

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 produkty (w zależności od ich rodzaju) 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 2016 poz.2142 i 2003 ze zm.) oraz w Ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. tj. z 2017 poz. 211), 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.

Oświadczenie nie dotyczy oferowanych produktów które nie podlegają Ustawie o Wyrobach Medycznych, tym samym nie są zarejestrowane przez producentów jako Wyrób Medyczny.

**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. OŚWIADCZAMY**, iż jesteśmy przedsiębiorstwem *(zaznaczyć właściwe):*

□ małym

□ średnim

□ dużym

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami*i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

13. 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/P/D -12/2017**

**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**. Sukcesywna dostawa testów, opakowań medycznych oraz żelu stomatologicznego 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/P/D -12/2017**

**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**. „Sukcesywna dostawa testów, opakowań medycznych oraz żelu stomatologicznego 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.

…………….……. *(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**

**Oświadczenie Wykonawcy –grupa kapitałowa (przynależy)**

**Załącznik nr 4A 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/P/D -12/2017**

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

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

Adres ...................................................................................................................

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,**

**o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „Sukcesywna dostawa testów, opakowań medycznych oraz żelu stomatologicznego na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia”**

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 oświadczam, że po zapoznaniu się z firmami oraz adresami wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie, zamieszczonymi na stronie internetowej Zamawiającego <http://www.spzoz.wroc.pl/bip>przynależę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, z następującymi wykonawcami:

1. ……………………………………………………………………….…………………………………..
2. ……………………………………………………………………….…………………………………..

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

***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. 184 ze zm.).*

**Propozycja/wzór**

**Oświadczenie Wykonawcy –grupa kapitałowa (nie przynależy)**

**Załącznik nr 4B 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/P/D -12/2017**

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

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

Adres ...................................................................................................................

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,**

**o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „Sukcesywna dostawa testów, opakowań medycznych oraz żelu stomatologicznego na potrzeby funkcjonowania Wrocławskiego Centrum Zdrowia”**

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 oświadczam, że po zapoznaniu się z firmami oraz adresami wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie, zamieszczonymi na stronie internetowej Zamawiającego <http://www.spzoz.wroc.pl/bip>nie przynależę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, z żadnym z tych wykonawców.

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

***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. 184 ze zm.).*

**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/P/D -12/2017**

**„Sukcesywna dostawa testów, opakowań medycznych oraz żelu stomatologicznego 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/P/D -12/2017**

|  |  |
| --- | --- |
| *(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. **„Sukcesywna dostawa testów, opakowań medycznych oraz żelu stomatologicznego 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)*