**Załącznik nr 2**

 **O F E R T A**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

 ( nazwa wykonawcy i adres)

Nr telefonu …………………………………….….

Nr faksu ……………………………………….….

E-mail……………………………………………..

NIP: ……………………………………………….

REGON...................................................................

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

* 1. **Tarnowskie Góry**
1. Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym nr GCR/29/ZP/2018 na „Dostawę środków dezynfekcyjnych” po zapoznaniu się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia:
	* 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie opisanym w SIWZ i jej załącznikach oraz spełniając wszystkie wymagania w niej określone, za cenę w wysokości:

**CZĘŚĆ 1**

Netto : …………………………………………………………………………PLN

Podatek VAT : ………%………………………………………………………..…

Brutto : ……………………………………………………………….………..PLN

**CZĘŚĆ 2**

Netto : …………………………………………………………………………PLN

Podatek VAT : ………%……………………………………………………….…

Brutto : ………………………………………………………………………...PLN

* + 1. **Deklarujemy realizację sukcesywnych dostaw środków dezynfekcyjnych w terminie …………… dni roboczych, jednak nie dłużej niż 8 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia przez Zamawiającego.**
		2. Gwarantujemy sukcesywną dostawę środków dezynfekcyjnych do magazynu apteki szpitalnej, zgodnie ze złożonym zapotrzebowaniem w ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego w zadeklarowanym terminie licząc od dnia otrzymania zamówienia telefonicznie, faksem lub e-mailem.
		3. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty oraz, że ceny jednostkowe nie ulegną zmianie w okresie trwania umowy, z zastrzeżeniem zapisów wzoru umowy.
		4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z całością dokumentacji przetargowej oraz warunkami umownymi zawartymi we wzorze umowy, a także dokonanymi w toku postępowania zmianami ich treści *(jeśli dotyczy).* Akceptujemy bez zastrzeżeń wszystkie warunki stawiane przez Zamawiającego oraz zobowiązujemy się do zawarcia umowy w brzmieniu określonym w *załączniku nr 10 do SIWZ* w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
		5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
		6. Wskazujemy, iż oświadczenia / dokumenty**(\*)**, o których mowa w pkt. XI ppkt. 3.2., 3.3. i 3.5. SIWZ, tj.:………………………………………………………………………………………………………… dostępne są w formie elektronicznej pod ogólnodostępnym i bezpłatnym adresem internetowym:………………………………………………………………………….. …………………
		7. Wskazujemy, iż oświadczenia / dokumenty**(\*)**, o których mowa w pkt. XI ppkt. 3.2, 3.3. i 3.5. SIWZ, tj.:………………………………………………………………………………………………………..

 znajdują się w posiadaniu Zamawiającego w związku z/ zostały przesłane dnia**(\*)**: …………………… ………………………………………………………………………………… oraz, że są one aktualne.

* + 1. Oświadczamy, pod rygorem wykluczenia z postępowania, iż wszystkie informacje i dokumenty zamieszczone w naszej ofercie i załącznikach do oferty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

10. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać:

a) siłami własnymi **(\*),**

b) siłami własnymi i przy pomocy następujących podwykonawców: ……………………………… ……………………………………………………………………….. *(nazwa/firma podwykonawcy/ów)* w zakresie …………………………………………………………………………… *(zakres rzeczowy)*

Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy: …………….

11. Oświadczamy, że **należymy/ nie należymy *(\*)***do grupy małych i średnich przedsiębiorstw w rozumieniu art. 104-106 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t. j. [Dz.U. 2016r., poz. 1829](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160001829&min=1) ze zm.).

12. Oświadczamy, iż wybór niniejszej oferty **będzie/ nie będzie***(\*)* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

* + 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*)

\*) W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (można dokonać usunięcia treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie, przekreślenie ).

* + 1. Osoba/y upoważnione do kontaktów w Zamawiającym: ………………………………………………….

 ……………....................................................................................tel……………………………………….. e-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

* + 1. Osoba/y upoważnione do zawarcia w imieniu Wykonawcy umowy w sprawie udzielenia zamówienia publicznego:

- ……………………………………………………, podstawa umocowania …………………………....

- …………………………………………………….., podstawa umocowania ……………………………

* + 1. Zamówienia należy kierować do: Dział……………………………………………………………….… tel:………...................., fax:……………………., e-mail :……………………………………………. .
		2. Osoba/y odpowiedzialne za realizację zamówienia to: ………………………………………………..

 ……………....................................................................................tel……………………………………….. e-mail: ……………………………………………………………………………………………………

* + 1. Oferta wraz z załącznikami została złożona na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.

19. Załączniki do oferty :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. |  Nazwa dokumentu | Numer załącznika | Numer strony |
| 1 | wypełniony i zaparafowany formularz asortymentowo-cenowy *– załącznik nr 1 do SIWZ* |  |  |
| 2 | oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu stanowiące *- załącznik nr 3 do SIWZ* |  |  |
| 3  | oświadczenie dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania stanowiące - *załącznik nr 4 do SIWZ* |  |  |
| 4 | odpis z właściwego rejestru lub ewidencji, potwierdzający, że osoba lub osoby, które podpisały ofertę lub udzieliły pełnomocnictwa były uprawnione do reprezentowania Wykonawcy w dacie podpisania oferty lub umocowania pełnomocnika (*jeżeli dotyczy)* |  |  |
| 5 | pełnomocnictwo (ciąg pełnomocnictw), jeżeli oferta zostanie podpisana przez pełnomocnika *(jeżeli dotyczy)* |  |  |
| 6 |  |  |  |

***(\*) niepotrzebne skreślić***

Podpisano:

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

……………………………………………….

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli*

*w imieniu Wykonawcy z uwzględnieniem zasady reprezentacji* )

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 3**

**Zamawiający:**

**SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**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 ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w     Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia pkt. IX ppkt. 1.

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(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. X ppkt. 6*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………………

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

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

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(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.

…………….……. dnia ………….……. r.

(miejscowość)

 …………………………………………

*(podpis)*

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

*(pieczęć Wykonawcy)*

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 4**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**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 ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust. 5 pkt 1) oraz 8) ustawy Pzp .

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(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 ust 1) oraz 3) ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………….………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..…………………...........……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(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.

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 5**

 **Zamawiający:**

**SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

**Wykonawca: ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ \*)**

**(art. 24 ust. 11 w związku z art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp)**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego pn.

**DOSTAWA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH**

**W imieniu Wykonawcy :**

……………………………………..................…………………………………………………………………

………………………………………………….................……………………………………………………

oświadczam, że:

1. **nie należę do tej samej grupy kapitałowej (\*)**
2. **należę do tej samej grupy kapitałowej, (\*)**

**co inny Wykonawca, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu oraz przedstawiam w załączeniu dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.**

 ……….............……………………………………..

*(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy – wraz z pieczątką)*

....................................................., dnia ……..........….2018 r.

\*) grupa kapitałowa w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz.U. z 2018r., poz. 798 z późn. zm.), tj. wszyscy przedsiębiorcy, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.

(\*) niepotrzebne skreślić

**W przypadku oferty składanej przez Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego niniejszy dokument składa każdy z Wykonawców oddzielnie.**

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 6**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **DOSTAWA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,*

 oświadczam/y, że **nie wydano/ wydano**(\*) wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne

 *– w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji –* należy przedłożyć dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

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

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 7**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **DOSTAWA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,*

 oświadczam/y, że **nie orzeczono/ orzeczono**(\*) wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne

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

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 8**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **DOSTAWA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,*

oświadczam/y, że **nie zalegam/ zalegam** (\*) z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1785)

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

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

Nr sprawy: **GCR/29/ZP/2018 Załącznik nr 9**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **DOSTAWA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH,,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,* oświadczam/y, że wszystkie zaoferowane przez nas produkty posiadają:

a) pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego wydane przez Ministra właściwego do spraw zdrowia lub pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub przez Komisję Europejską, *(\*)*

b) deklarację zgodności CE dla wyrobów medycznych, *(\*)*

c) pozwolenie na wprowadzenie do obrotu produktu biobójczego, zwane dalej pozwoleniem lub pozwolenie na tymczasowe wprowadzenie do obrotu produktu biobójczego, zwane dalej pozwoleniem tymczasowym, *(\*)*

d) dokument potwierdzający, że produkt wpisany jest do rejestru produktów biobójczych stwarzających niewielkie zagrożenie, zwanego dalej rejestrem, oraz że jest zaklasyfikowany, opakowany

 i oznakowany zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie, *(\*)*

e) dokument zgłoszenia oferowanego towaru do CPNP (Cosmetic Products Notification Portal)

f) zaświadczenie lub certyfikat wydany przez uprawnione instytucje na podstawie badań oraz raporty badań mikrobiologicznych wydane przez akredytowane laboratoria posiadające system jakości GLP potwierdzające przeprowadzenie badań i uzyskanie wymaganych wyników spełniających odpowiednie normy PN-EN dla obszaru medycznego. *(\*)*

g) kartę charakterystyki oraz scenariusze narażenia, jeżeli są wymagane *. (\*)*

Wszystkie wymagane wyżej dokumenty zostaną przedstawione na każde żądanie Zamawiającego.

Oświadczamy, że produkty w dniu ich dostawy do magazynu apteki będą posiadały termin przydatności do użycia nie krótszy niż 12 miesięcy lub 2/3 okresu deklarowanego przez producenta.

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)* …………………………………………

*(podpis)*