**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**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym nr GCR/1/ZP/2017 na „Dostawę jednorazowego sprzętu medycznego” po zapoznaniu się z postanowieniami Specyfikacji 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

**CZĘŚĆ 3**

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

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

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

**CZĘŚĆ 4**

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

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

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

**CZĘŚĆ 5**

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

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

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

**CZĘŚĆ 6**

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

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

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

**CZĘŚĆ 7**

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

Podatek VAT : ………%………………………………………………………PLN

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

**CZĘŚĆ 8**

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

Podatek VAT : ………%………………………………………………………PLN

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

**CZĘŚĆ 9**

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

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

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

**CZĘŚĆ 10**

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

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

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

**CZĘŚĆ 11**

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

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

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

**CZĘŚĆ 12**

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

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

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

**CZĘŚĆ 13**

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

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

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

**CZĘŚĆ 14**

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

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

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

**CZĘŚĆ 15**

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

Podatek VAT : ………%………………………………………………………PLN

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

**CZĘŚĆ 16**

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

Podatek VAT : ………%………………………………………………………PLN

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

**CZĘŚĆ 17**

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

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

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

**CZĘŚĆ 18**

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

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

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

**CZĘŚĆ 19**

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

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

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

**CZĘŚĆ 20**

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

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

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

* + - 1. Gwarantujemy sukcesywną dostawę jednorazowego sprzętu medycznego 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.
			2. **Deklarujemy realizację sukcesywnych dostaw** **jednorazowego sprzętu medycznego w terminie…………… dni roboczych, jednak nie dłużej niż 7 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia przez Zamawiającego.**
			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.

* + - 1. 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 6 do SIWZ* w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
			3. Wskazujemy, iż oświadczenia / dokumenty**(\*)**, o których mowa w pkt. XI ppkt. 3.2 i 3.4 SIWZ, tj.:………………………………………………………………………………………………………… dostępne są w formie elektronicznej pod ogólnodostępnym i bezpłatnym adresem internetowym:………………………………………………………………………….. …………………
			4. Wskazujemy, iż oświadczenia / dokumenty**(\*)**, o których mowa w pkt. XI ppkt. 3.2 i 3.4 SIWZ, tj.:……………………………………………………………………………………………………….

 znajdują się w posiadaniu Zamawiającego 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.
			2. 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: …………….

* + - 1. 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.).
			2. Oświadczamy, iż wybór niniejszej oferty **będzie/ nie będzie***(\*)* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego
			3. Osoba/y upoważnione do zawarcia w imieniu Wykonawcy umowy w sprawie udzielenia zamówienia publicznego:

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

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

* + - 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. 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 przesłanek wykluczenia z postępowania stanowiące - *załącznik nr 3 do SIWZ* |  |  |
| 3  | 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)* |  |  |
| 4  | pełnomocnictwo (ciąg pełnomocnictw), jeżeli oferta zostanie podpisana przez pełnomocnika *(jeżeli dotyczy)* |  |  |

***(\*) niepotrzebne skreślić***

Podpisano:

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

……………………………………………….

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

*w imieniu Wykonawcy z uwzględnieniem zasady reprezentacji* )

Nr sprawy: **GCR/1/ZP/2017 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 PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **DOSTAWA JEDNORAZOWEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO,** 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 3) 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 pkt 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/1/ZP/2017 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 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 JEDNORAZOWEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

**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 ……..........….2017 r.

\*grupa kapitałowa w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz.U. z 2017r., poz. 229), 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/1/ZP/2017 Załącznik nr 5**

 **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 JEDNORAZOWEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,* oświadczam/y, że wszystkie zaoferowane przez nas produkty:

- spełniają wymogi określone dla produktu leczniczego w ustawie z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz. U. z [2016 r. poz. 2142](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160002142&min=1)) lub/oraz \* dla wyrobów medycznych w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t. j. Dz. U. [z 2017 r. poz. 211](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20170000211&min=1)), w związku z czym zostały na nie wydane m.in.: wymagane świadectwa rejestracji, atesty i certyfikaty oraz pozwolenia dopuszczające daną serię do obrotu, które zostaną okazane Zamawiającemu na każde jego żądanie;

- spełniają właściwe dla każdego z nich wymogi jakościowe w tym, co do opakowania i przechowywania,

- 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*