*Załącznik Nr 1 do SIWZ (wzór załącznika do oferty Wykonawcy)*

# FORMULARZ OFERTOWY OGÓLNY

**WYKONAWCA**

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa /firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL/KRS/CEiDG*

*..............................................................................................................................................*

*Numer telefonu, / faxu, adres poczty elektronicznej*

**reprezentowany przez :**

….…………………..……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

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

***Osoba do kontaktu:..………………………………………………………..***

***Adres mailowy ………………………………………………………………***

(\*)Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem ,małym/średnim przedsiębiorcą: TAK /NIE [[1]](#footnote-1)

*Uwaga: Należy wpisać numer faksu oraz adres e-mail pod, który Zamawiający może kierować korespondencję*

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na :

**Dostawa produktów leczniczych dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu -** ZP.I.2.224/05/20

zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ oferuję wykonanie przedmiotu Zamówienia za następującą cenę ofertową brutto:

Pakiet nr … [[2]](#footnote-2)

|  |
| --- |
| Cena ofertowa brutto*[[3]](#footnote-3)*: ……………………………………………………………………….............................................................  (słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………).  w tym podatek VAT …………………………………………………. zł |

INFORMUJE[[4]](#footnote-4), zgodnie z art. 91 ust. 3a Ustawy Pzp, 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 lub usługi: ………………………………………………………………………………………

wartość towaru lub usługi bez podatku od towarów i usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to …………………………. zł netto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa towaru, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego | Wartość towaru bez podatku od towarów i usług |
|  |  |  |

OŚWIADCZAM, że zapoznałam/em się ze SIWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz, że posiadam konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania Zamówienia.

ZOBOWIĄZUJE się do wykonania Zamówienia w terminie określonym przez Zamawiającego w SIWZ.

OŚWIADCZAM, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania Zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów w SIWZ oraz obowiązujących przepisów prawa.

AKCEPTUJE warunki płatności określone przez Zamawiającego w SIWZ.

OŚWIADCZAM, że uważam się za związany niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.

OŚWIADCZAM, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

OŚWIADCZAM, że wykonam całości niniejszego Zamówienia (w zakresie Pakietu/ów ….) zgodnie z opisem przedmiotu Zamówienia i niniejszą ofertą oraz z zasadami i przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.

OŚWIADCZAM5, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO6 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu

OŚWIADCZAM6 że zgodnie z art. 8 ust. 3 Ustawy Pzp, oferta:

(\*) zawiera informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego. Powyższe informacje znajdują się na stronach …….. oferty.

(\*) nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa;

(\*) INFORMUJE7, że zamierzam powierzyć podwykonawcom poniższe części Zamówienia (jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)

1. .........................................................................................................................................................
2. .........................................................................................................................................................

INFORMUJĘ8, że dokumenty o których mowa w pkt. III.4), III.5) SIWZ są:

(\*) dostępne w formie elektronicznej w ogólnodostępnej i bezpłatnej bazie danych pod adresem strony internetowej: <https://prod.ceidg.gov.pl/> / <https://ekrs.ms.gov.pl/> *(skreślić niewłaściwy adres strony internetowej), lub*…………………..………..………….*.* *(należy wpisać adres strony internetowej)*   
*lub*

(\*) znajdują się w posiadaniu Zamawiającego, gdyż zostały złożone w postępowaniu znak ……………………………….…….. *(w przypadku załączenia w/w dokumentów do oferty należy wpisać znak sprawy aktualnego postępowania, natomiast w przypadku złożenia w innym postępowaniu należy wpisać znak sprawy postępowania w którym zostały w/w dokumenty złożone )* i są nadal aktualne.

Wszelka korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

……………………………………………………………………………………………………………………

***Oświadczenie Wykonawcy w zakresie wypełnienia***

***obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

*Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\**

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

Osobami uprawnionymi do kontaktów z Zamawiającym są:

……………………………………. tel./fax. ………..................., e-mail .......................... @ .............................

Osobami odpowiedzialnymi za nadzór i koordynację nad realizacją umowy są:

...................................... tel./fax. ……….……………… e-mail. .......................... @ .............................

Załącznikami do oferty są:

1. …………………………………….……………………..nr str. ……..
2. …………………………………….……………………..nr str. ……..

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………  Data, Miejscowość, | ……………………………………………………………………..  Podpis(-) osoby(osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia)  opcjonalnie pieczęć Wykonawcy |

*Uwaga: Zamawiający zaleca zaparafowanie lub podpisanie każdej strony niniejszego formularza.*

5 *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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

6  *Uwaga (\*)skreślić niewłaściwe, a jeżeli dotyczy wypełnić (Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust.4 Ustawy pzp. Wykonawca zobowiązany jest do wykazania, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa nie później niż w terminie składania ofert.).*

7 *Uwaga (\*)skreślić jeżeli nie dotyczy lub wypełnić*

8*Uwaga (\*)wypełnić właściwe, skreślić niewłaściwe*

*Załącznik Nr 2A do SIWZ (wzór załącznika do oferty Wykonawcy)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Pzp

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

DZIAŁAJĄC W IMIENIU WYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy: ..................................................................................................................................................

*Należy podać pełną zarejestrowaną nazwę Wykonawcy*

Adres i siedziba Wykonawcy: ..................................................................................................................................................

*Należy podać zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego)*

NIP/PESEL\* ..................................................................................................................................................

REGON: ..................................................................................................................................................

KRS/CEiDG\*…………………………………………………………………………………………………………………………….

*\*w zależności od podmiotu*

Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*W stosownych przypadkach, o ile osoba ta nie jest wymieniona w dokumencie rejestrowym Wykonawcy, należy podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowani Wykonawcy na potrzeby niniejszego Postępowania*

Wykonawca bierze udział w Postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami: TAK – skreślić jeśli nie dotyczy

*Jeżeli tak, należy dopilnować aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne oświadczenia o nie podleganiu wykluczeniu z Postępowania*

BĘDĄC NALEŻYCIE UPOWAŻNIONYM DO JEGO REPREZENTOWANIA,na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego pod nazwą:***Dostawa produktów leczniczych*** *dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu* **-** ZP.I.2.224/05/20

OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY

OŚWIADCZAM, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.

OŚWIADCZAM, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy Pzp.

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

*\* skreślić jeśli nie dotyczy*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA*:- skreślić jeśli nie dotyczy*

OŚWIADCZAM, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie Zamówienia.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:- skreślić jeśli nie dotyczy

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.

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.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………  Data, Miejscowość, | ……………………………………………………………………..  Podpis(-) osoby(osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia)  opcjonalnie pieczęć Wykonawcy |

*Uwaga: Zamawiający zaleca zaparafowanie lub podsianie każdej strony niniejszego oświadczenie*

*Załącznik Nr 2B do SIWZ (wzór załącznika do oferty Wykonawcy)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Pzp

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

DZIAŁAJĄC W IMIENIU WYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy: ..................................................................................................................................................

*Należy podać pełną zarejestrowaną nazwę Wykonawcy*

Adres i siedziba Wykonawcy: ..................................................................................................................................................

*Należy podać zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego)*

NIP/PESEL\*..............................................................................................................................................

REGON: ..................................................................................................................................................

KRS/CEiDG\*…………………………………………………………………………………………………………………………….

*\*w zależności od podmiotu*

Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………

*W stosownych przypadkach, o ile osoba ta nie jest wymieniona w dokumencie rejestrowym Wykonawcy, należy podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowani Wykonawcy na potrzeby niniejszego Postępowania*

Wykonawca bierze udział w Postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami: TAK – skreślić jeśli nie dotyczy

*Jeżeli tak, należy dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w Postępowaniu*

BĘDĄC NALEŻYCIE UPOWAŻNIONYM DO JEGO REPREZENTOWANIA,na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego pod nazwą:***Dostawa produktów leczniczych dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu*** *-*ZP.I.2.224/05/20

OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

OŚWIADCZAM, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w pkt. III.1) SIWZ .

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW: - skreślić jeśli nie dotyczy

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt. III.1) SIWZ*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

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

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

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

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.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………  Data, Miejscowość, | ……………………………………………………………………..  Podpis(-) osoby(osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia)  opcjonalnie pieczęć Wykonawcy |

*Uwaga: Zamawiający zaleca zaparafowanie lub podsianie każdej strony niniejszego oświadczenia*

*Załącznik Nr 2C do SIWZ (wzór załącznika do oferty Wykonawcy)*

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ

składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy Pzp

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

DZIAŁAJĄC W IMIENIU WYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy ...........................................................................................................................................

Adres siedziby Wykonawcy.................................................................................................................................

BĘDĄC NALEŻYCIE UPOWAŻNIONYM DO JEGO REPREZENTOWANIA

na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego pod nazwą: ***Dostawa produktów leczniczych dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu-***ZP.I.2.224/05/20

OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

□ OŚWIADCZAM, ŻE NIE NALEŻYMY DO TEJ SAMEJ 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.) Z INNYMI WYKONAWCAMI, KTÓRZY ZŁOŻYLI ODRĘBNE OFERTY W PRZEDMIOTOWYM POSTĘPOWANIU.

□ OŚWIADCZAM, ŻE NALEŻYMY DO TEJ SAMEJ 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.), o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Ustawy Pzp, Z WYKONAWCAMI, KTÓRZY ZŁOŻYLI ODRĘBNE OFERTY W/W POSTĘPOWANIU tj:

|  |
| --- |
| NAZWA WYKONAWCY |
|  |
|  |
|  |

* W załączaniu przestawiam dowody, że powiązania z w/w Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w Postępowaniu o udzielenie Zamówienia.

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.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………  Data, Miejscowość, | ……………………………………………………………………..  Podpis(-) osoby(osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia)  opcjonalnie pieczęć Wykonawcy |

Należy zaznaczyć właściwą opcję.

* Wraz ze złożeniem oświadczenia Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie Zamówienia

*Załącznik Nr 2D do SIWZ (wzór załącznika do oferty Wykonawcy)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25 ust. 1 pkt. 2 ustawy Pzp

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

DZIAŁAJĄC W IMIENIU WYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy ...........................................................................................................................................

Adres siedziby Wykonawcy.................................................................................................................................

BĘDĄC NALEŻYCIE UPOWAŻNIONYM DO JEGO REPREZENTOWANIA

na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego pod nazwą: ***Dostawa produktów leczniczych dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu*** ZP.I.2.224/05/20

OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

(\*) OŚWIADCZAM, że oferowane

* produkty, które tego wymagają, spełniają wymagania przewidziane w ustawie Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. (Dz. U. 2017 poz. 2211 t.j. z późn. zm.) oraz w aktach wykonawczych do nich, a także w obowiązujących przepisach Unii Europejskiej.
* wyroby, które tego wymagają, spełniają wymagania przewidziane w ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z póź. zm.) oraz w aktach wykonawczych do nich, a także w obowiązujących przepisach Unii Europejskiej.

Jednocześnie zobowiązuje się okazać potwierdzone - za zgodność z oryginałem - kserokopie dokumentów potwierdzający, iż oferowany wyrób spełnia wymagania w/w aktów prawnych tj. certyfikat CE lub deklarację zgodności CE lub dokument potwierdzający dokonanie zgłoszenia wyrobu do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zwanego dalej Prezesem Urzędu, lub dokument potwierdzający dokonanie powiadomienia Prezesa Urzędu o wprowadzeniu na terytorium RP wyrobu przeznaczonego do używania na tym terytorium, na każde żądanie Zamawiającego.

(\*) OŚWIADCZAM, że niżej wskazane oferowane

* produkty, nie wymagają, spełnienia wymagań przewidzianych w ustawie Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. (Dz. U. 2017 poz. 2211 t.j. z późn. zm.) oraz w aktach wykonawczych do nich, a także w obowiązujących przepisach Unii Europejskiej
* wyroby, nie wymagają, spełniają wymagania przewidziane w ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z póź. zm.) oraz w aktach wykonawczych do nich, a także w obowiązujących przepisach Unii Europejskiej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa handlowa produktu oferowanego | Numer pakietu | Numer pozycji |
| 1. |  |  |  |
| …. |  |  |  |

(Miejscowość i data) Podpis i pieczęć imienna osoby(osób) upoważnionej (ych) do reprezentowania Wykonawcy

**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.**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………  Data, Miejscowość, | ……………………………………………………………………..  Podpis(-) osoby(osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia)  opcjonalnie pieczęć Wykonawcy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ***Załącznik Nr 4 do SIWZ (wzór załącznika do oferty Wykonawcy)*** |
| **Wykonawca:** | | |  |  | | --- | --- | |  |  | |
| …………………………………………………………………… | |  |
| …………………………………………………………………… | |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* | |  |
|  | |  |
|  | |  |

**OŚWIADCZENIE O ZOBOWIĄZANIU PODMIOTU ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY**

**NIEZBĘDNE ZASOBY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:  ***Dostawa produktów leczniczych dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu- ZP.I.2.224/05/20*** |
|  |
| prowadzonego przez: **Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**  **ul. Kolejowa nr 1 a, 32-310 Jaroszowiec**  oświadczam, co następuje: |

**Ja/My niżej podpisany/i:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja Podmiotu oddającego do dyspozycji wykonawcy niezbędne zasoby:** | **Odpowiedź Podmiotu:** |
| Nazwa: |  |
| Numer VAT *(jeżeli dotyczy):*  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny. |  |
| Adres pocztowy: |  |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): |  |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania:** |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: |  |
| Adres pocztowy: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |

działając w imieniu i na rzecz

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

*(nazwa/firma i dokładny adres Podmiotu)*

**Zobowiązujemy, się oddać do dyspozycji Wykonawcy** ubiegającemu się o uzyskanie zamówienia publicznego w zakresie: *Dostawa produktów leczniczych dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu- ZP.I.2.224/05/20*

*(wskazać tytuł i numer zamówienia publicznego)*

**następujące zasoby,** na okres realizacji zamówienia:

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

**określając jednocześnie:**

***- zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego Podmiotu:***

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

***- sposób wykorzystania zasobów innego Podmiotu przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia publicznego:***

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

***- zakres i okres udziału innego Podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego:***

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

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

*(podpis Podmiotu oddającego do dyspozycji*

*Wykonawcy niezbędne zasoby)*

…………….…......………. r.

*(miejscowość, data)*

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

*(podpis* *osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

…………….…......……….

*(miejscowość, data)* …………….....................…………………………

*(podpis)*

1. 1 *niewłaściwe skreślić* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W trosce o środowisko prosimy wypełniając formularz ofertowy ogólny wpisać nr i nazwę pakietu, natomiast w przypadku przystąpienia do większej ilości pakietów należy powielić, ale tylko na te części Zamówienia, których oferta dotyczy)* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Uwaga! Należy podać cenę ofertową brutto . Podana cena ofertowa brutto, uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu Zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ oraz została ustalona na podstawie załączonego do oferty formularza asortymentowego - szczegółowa oferta cenowa załącznik nr 1A do SIWZ Pakiet nr... Jeżeli w przypadku wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów dostawa przedmiotu Zamówienia prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, to Wykonawca wskazuje ich wartość bez kwoty podatku VAT, wartość netto.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Uwaga (\*) skreślić jeżeli nie dotyczy lub wypełnić wyłącznie gdy oferta generować będzie obowiązek doliczania wartości podatku VAT od 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 porównaniu cen ofertowych podatku VAT*

   [↑](#footnote-ref-4)