**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Formularz ofertowy Wykonawcy**

**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:***

*……………………………………………*

***adres ePUAP:***

*……………………………………………*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Doposażenie Oddziałów Rehabilitacji w Małopolskim Szpitalu Chorób Płuc i Rehabilitacji**  **im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu** |

|  |
| --- |
| **Nr zadania** |
| **Kwota [cena] netto**  **zł** | **Kwota podatku VAT**  **zł** | **Kwota [cena] brutto**  **zł** | | **Dodatkowa gwarancja**  ***[***wynosząca minimum 1 miesiąc do maksymalnie 24 miesięcy, liczona od dnia następnego, w którym upłynął obowiązkowy 24 miesięczny okres rękojmi] |
| **Zadanie nr 1** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Zadanie nr 2** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Zadanie nr 3** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Zadanie nr 4** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy** – **do 42 dni** , licząc od daty zawarcia umowy.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w sekcji XVI SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone w następujący sposób:

***Zapłata wynagrodzenia należnego Wykonawcy nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 30 dni od wpłynięcia faktury.***

6) Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7) Oświadcza, że jest

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM / MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM / WYKONAWCA PROWADZI JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ / WYKONAWCA JEST OSOBĄ FIZYCZNĄ NIEPROWADZĄCĄ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ/ ŻADNYM Z POWYŻSZYCH (\*\*)/INNY RODZAJ ………………………………………… (\*)**

8) Oświadcza, że przedmiot zamówienia zamierza zrealizować **SIŁAMI WŁASNYMI / PRZY UDZIALE** (\*\*\*) podwykonawców.

*Jeżeli Wykonawca zamierza zrealizować przedmiot zamówienia przy udziale podwykonawców wypełnia kolumnę 1 tabeli oraz – o ile jest znane Wykonawcy – wypełnia kolumnę 2 tabeli wskazując nazwy podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Części zamówienia,*  *których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom*  *[kolumna 1]* | *Nazwy ewentualnych podwykonawców,*  *jeżeli są już znani*  *[kolumna 2]* |
|  |  |

**Dane do umowy (\*\*\*\*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | | Stanowisko | |
|  | |  | |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** | | | |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku | | |
|  |  | | |

Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

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

(\*) Uzupełnić:

- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1a do SWZ.

- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 30 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej dostawę.

(\*\*) Niepotrzebne skreślić.

(\*\*\*) Uzupełnić - Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, oraz podania nazw ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani. W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza wykonywać zamówienia przy udziale podwykonawców, należy wpisać „nie dotyczy” lub inne podobne sformułowanie.

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane siłami własnymi, bez udziału podwykonawców.

(\*\*\*\*) Uzupełnić.

**ZAŁĄCZNIK NR 2A DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **Doposażenie Oddziałów Rehabilitacji w Małopolskim Szpitalu Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu**

*(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły (ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec)*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 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. 108 ust. 1lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością,   
na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze

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

**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.

**ZAŁĄCZNIK NR 2B DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Doposażenie Oddziałów Rehabilitacji w Małopolskim Szpitalu Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu**  *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły (ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec)*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w   pkt. VIII Specyfikacji Warunków 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.

**Załącznik nr 3 do SWZ**

|  |
| --- |
| **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.: |
| **Doposażenie Oddziałów Rehabilitacji w Małopolskim Szpitalu Chorób Płuc i Rehabilitacji**  **im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu** |
| prowadzonego przez **Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły,**  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:

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

*(wskazać tytuł i numer zamówienia publicznego)*

**następujące zasoby:**

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

**Zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:**

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

**Sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów, przez wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:**

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

**Okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący**:

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

**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.

Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ, przez Wykonawcę i Podmiot oddający do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby.

*(\*) Uzupełnić.*

*Oświadczenia niniejszego nie składa wraz z ofertą Wykonawca, który w załączniku nr 2 do SWZ nie zadeklarował korzystania z zasobów innego podmiotu i wpisał w pkt 2 załącznika nr 2 do SWZ „nie dotyczy”.*