**Rozdział III FORMULARZ OFERTY**

pieczęć wykonawcy

............................ dn.

miejscowość

**FORMULARZ OFERTY**

1. Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

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

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

2. Zarejestrowany adres Wykonawcy:

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

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

Województwo .................................................................................................................................................

3. Nazwiska osób Wykonawcy uprawnionych lub upoważnionych do reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

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

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

4. Nazwiska oraz funkcje/stanowiska osób umocowanych do podpisania umowy w zakresie zamówienia publicznego:

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

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

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

5. Numer telefonu: .......... - ....................................................

6. Numer faxu: .......... - ....................................................

7. Adres e-mail: …………………… @ …………………………………………………..

8. Dane osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym przy realizacji przedmiotu zamówienia......................................................................................... tel. : .......... - ...................................................

*(imię i nazwisko)*

9. Numer tel/ faksu, adres e-mail, na który mają być składane zamówienia/ nr fax dot. składania reklamacji

………………………………………………………………………………………………

10. Numer konta bankowego:

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

11. NIP ..................................................

12. REGON ..................................................

13. Numer KRS (jeżeli dotyczy) ……………………………………………..

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym w trybie przetargu nieograniczonego zgłaszamy przystąpienie do przetargu na wyłonienie Wykonawcy zadania pn.:

„**Świadczenie usług w zakresie przeglądów technicznych, konserwacji i napraw urządzeń medycznych dla Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Spółka z o.o. przez okres 36 miesięcy**”

14. Oferowana **cena BRUTTO** wynosi: ( I Kryterium)

**Pakiet 1 …………………. PLN, Czas reakcji Wykonawcy w sytuacji awarii ……….. godz.** ( II Kryterium)

**Pakiet 2 …………………. PLN , Czas reakcji Wykonawcy w sytuacji awarii ……….. godz.** ( II Kryterium)

**Pakiet 3 …………………. PLN , Czas reakcji Wykonawcy w sytuacji awarii ……….. godz.** ( II Kryterium)

**Pakiet … …………………. PLN, Czas reakcji Wykonawcy w sytuacji awarii ……….. godz.** ( II Kryterium)

**~~Czas reakcji Wykonawcy w sytuacji awarii ……….. godz.~~** ~~( II Kryterium)~~

Cena ta obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia, w tym koszty transportu.

15. Deklarujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w okresie: **36 miesięcy od daty rozpoczęcia jednak nie wcześniej niż od ~~21.09.2019 r.~~ 22.09.2019r.**

16. Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie **60 dni.**

17. Potwierdzamy przyjęcie warunków umownych zawartych w istotnych postanowieniach umownych ( Rozdział II).

18. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

19. Zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

20. Przystępując do zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentami przetargowymi, w tym specyfikacją istotnych warunków zamówienia i istotnymi postanowieniami umowy i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

21. Oświadczamy, że uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury przetargowej, stanowiące integralną część SIWZ, wyszczególnione we wszystkich przesłanych i umieszczonych na stronie internetowej i pismach Zamawiającego.

22. Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu (art. 44 Ustawy Pzp) i na potwierdzenie powyższego dołączamy do niniejszej oferty dokumenty i oświadczenia, zgodnie z SIWZ.

23. Dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami \* / z udziałem podwykonawców\* (właściwe podkreślić).

24. Powierzymy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia (należy wskazać firmy podwykonawców poniżej)

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

*( wypełnić w przypadku udziału podwykonawców).*

25. Wykonawca oświadcza, że jest :

* mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorstwem lub średnim przedsiębiorstwem
* dużym przedsiębiorstwem

*( właściwe zaznaczyć)*

26. Oświadczamy, że dokumenty złożone na stronach ………. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane.

27. Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych zapisanych stronach od strony numer ..... do strony numer ...... (łącznie z załącznikami).

**Podpisano**

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

*podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

*lub posiadających pełnomocnictwo*

**Rozdział IV OŚWIADCZENIA**

Załącznik nr 2 do SIWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

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. „**Świadczenie usług w zakresie przeglądów technicznych, konserwacji i napraw urządzeń medycznych dla Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Spółka z o.o. przez okres 36 miesięcy**”, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o., nr postępowania **16/PCM/2019/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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

art. 25 ust 1 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 lub art. 24 ust. 5 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 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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**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.

…………….……. *(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 SIWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

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. „**Świadczenie usług w zakresie przeglądów technicznych, konserwacji i napraw urządzeń medycznych dla Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Spółka z o.o. przez okres 36 miesięcy**”, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o., nr postępowania **16/PCM/2019/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia .

…………….……. *(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 SIWZ 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 4 do SIWZ

*(pieczęć firmy)* miejscowość, data

**WYKAZ USŁUG**

Data:

Nazwa wykonawcy:

Siedziba wykonawcy:

**OŚWIADCZAM/Y, ŻE** wykonałem/wykonaliśmy, bądź wykonuję/wykonujemy następujące USŁUGI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odbiorca**  **Usług**  (nazwa, adres) | **Zakres usług** | **Czas realizacji** | | **Wartość usług** (wykonanych /wykonywanych)  netto  (PLN) |
| **początek**  (data) | **koniec**  (data) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
|  |  |  |  | Wartość całej umowy: ……………………………… zł netto  \* *za okres wskazany w kol. 03 i 04* |
| Wartość umowy za okres ostatnich 12 m-cy:  …………………….….…… zł. netto  \**należy wypełnić jeżeli zamówienie obejmuje usługi realizowane powyżej 12 m-cy* |
|  |  |  |  | Wartość całej umowy: ……………………………… zł. netto  \* *za okres wskazany w kol. 03 i 04* |
| Wartość umowy za okres ostatnich 12 m-cy:  …………………….….…… zł. netto  \**należy wypełnić jeżeli zamówienie obejmuje usługi realizowane powyżej 12 m-cy* |

............................ , dnia ...........................................

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

Podpis Oferenta

Załącznik nr 5 do SIWZ

*(pieczęć firmy)*

miejscowość, data …………..

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, w imieniu firmy …………………………., że wybór naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

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

*podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

*lub posiadających pełnomocnictwo*

Załącznik nr 6 do SIWZ

# Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP

Zamawiający:

Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o.

56-100 Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 26

**WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy informacja** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |  |

**Nie należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2007r. Nr 50 poz. 331, z późn.zm.) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu\*

**Należę do grupy kapitałowej,** o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2007r. Nr 50 poz. 331, z późn.zm.) z innym Wykonawcą:

**…………………………………………………………………………………………………..**

(nazwa i adres Wykonawcy)

który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu.\*

W tym przypadku załączam dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*.

i składamy listę podmiotów należących do naszej grupy kapitałowej, jako załącznik do niniejszego oświadczenia \*

***\* właściwe zaznaczyć X***

…………………., dnia ……………….r.

(Miejscowość)

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo