

(pieczęć adresowa wykonawcy)

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Znak sprawy: DOA/250/14/NB/2020**

**FORMULARZ OFERTY – Część 8**

**Wyposażenie pomocnicze**

**I. Przetarg nieograniczony pn.:**

**Dostawa aparatury, urządzeń i wyposażenia do Szpitala Psychiatrycznego**

**SPZOZ w Węgorzewie**

**II. Nazwa i adres wykonawcy:**

…………………………………………………..

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

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

NIP …………………………………………….

REGON……………………………………….

Wielkość przedsiębiorstwa:

❑ mikro ❑ małe ❑ średnie ❑ duże

(zaznaczyć odpowiednio)

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:

e-mail...........................................................

Osoba upoważniona na podstawie ................................ (wskazać rodzaj dokumentu np. KRS, CEDG, pełnomocnictwo itp.) do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: …………………………………………….

Osoba do kontaktu z Zamawiającym ............................................................................

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ………………………………………………………………………….

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych pn.: **Dostawa aparatury, urządzeń i wyposażenia do Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie - Wyposażenie pomocnicze** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego oraz **zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia za łączną[[1]](#footnote-1) (wraz z należnym podatkiem VAT)** cenę ofertową **brutto …………………… zł**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Ilość szt.** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Macerator** | **3** |  | **………. zł x 3 szt. = ……… zł** |
| **2** | **Urządzenie do ozonowania pomieszczeń** | **2** |  | **………. zł x 2 szt. = ……… zł** |
| **3** | **Pojemnik na odpady** | **19** |  | **………. zł x 19 szt. = ……… zł** |
| **4** | **Dozownik na mydło** | **16** |  | **………. zł x 16 szt. = ……… zł** |
| **5** | **Dozownik na płyn do dezynfekcji** | **16** |  | **………. zł x 16 szt. = ……… zł** |
| **6** | **Podajnik ręczników papierowych** | **16** |  | **………. zł x 16 szt. = ……… zł** |
| **7** | **Pojemnik na odpady medyczne** | **2** |  | **………. zł x 2 szt. = ……… zł** |
| **8** | **Lustro uchylne** | **13** |  | **………. zł x 13szt. = ……… zł** |
| **9** | **Podajnik papieru toaletowego** | **13** |  | **………. zł x 13 szt. = ……… zł** |
| **RAZEM** |  |

**INFORMUJEMY, ŻE** (właściwe zakreślić):

❑ 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 i usług (w zależności od przedmiotu zamówienia):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | Wartość bez kwoty podatku |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to …………… zł netto\*[[2]](#footnote-2).

**Powyższe wypełnić tylko w przypadku, gdy:**

⃰ dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:

• wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,

• importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.

**Oferta wg pozostałych kryteriów (Rozdz. XIII SIWZ):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis kryterium**  | **Oferowany parametr** **Poz. 1 – Wpisać ilość miesięcy** |
| **1** | **Okres gwarancji**  |  |

**Opis przedmiotu zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **1 - Macerator – 3 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Macerator do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych na potrzeby oddziałów szpitalnych o niskim zużyciu wody z antybakteryjna powierzchnia pokrywyBudowa/działanie:1. pojemność: do 8 naczyń na cykl,
2. noże tnące min.: 9 noży tnących, 6 u góry, 3 na dole,
3. obsługa: automatyczne otwieranie i zamykanie komorydezynfekcja komory: automatyczna po każdym cyklu,
4. ochrona mikrobiologiczna: górny panel z nanocząsteczkami srebra,
5. moc silnika: min 750W,
6. moc pompy wody: min 345W,
7. czas cyklu: maks. 2 minuty,
8. pobór wody: 13-26 litrów na cykl,
9. głośność: maks 60 dB.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **2 - Urządzenie do ozonowania pomieszczeń – 2 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Urządzenie mobilne do dezynfekcji pomieszczeń w obiekcie ochrony zdrowiaBudowa/działanie:1. Wydajność ozonu/przepływ ozonu/moc: min. 40g/h ,
2. technologia O3: wyładowania koronowe,
3. gaz zasilający: otaczające powietrze,
4. żywotność tub kwarcowych generujących ozon: min. 20000h,
5. pobór prądu: ≤580W,
6. napięcie zasilające standardowe,
7. wyłącznik czasowy/czas pracy: możliwość ustawienia czasu
8. obudowa: stal nierdzewna, stal malowana, aluminium.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |
| Posiada także pełną rejestrację produktów w Urzędzie Rejestracji Wyrobów Medycznych i Biobójczych. Zgodny z wymogami do udziału w przetargach oraz zamówieniach publicznych dla szpitali i klinik medycznych. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **3 - Pojemnik na odpady – 19 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Pojemnik na odpady z możliwością otworzenia bez użycia rąkBudowa:1. wykonany ze stali nierdzewnej odpornej na mycie i dezynfekcję,
2. wyposażony w mechanizm nożny,
3. obsługiwany bezdotykowo,
4. z wkładem z tworzywa sztucznego,
5. pojemność 20-25 l
6. kolor do wybory przez Zamawiającego na etapie realizacji umowy.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **4 - Dozownik na mydło – 16 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa:1. Płyn podawany bezdotykowo i automatycznie,
2. Naścienny,
3. Wykonany z trwałego i mocnego tworzywa sztucznego,
4. Możliwość regulacji dawki,
5. Zasilanie bateriami lub z zasilacza,
6. Pojemność min. 0,5 l
7. Czujnik ruchu na podczerwień,
8. Pojemnik do samodzielnego napełniania bez konieczności stosowania dedykowanych wkładów.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **5 - Dozownik na płyn do dezynfekcji – 16 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa:1. Płyn podawane bezdotykowo i automatycznie,
2. Naścienny,
3. Wykonany z trwałego i mocnego tworzywa sztucznego,
4. Możliwość regulacji dawki,
5. Zasilanie bateriami lub z zasilacza,
6. Pojemność min 0,5 l,
7. Czujnik ruchu na podczerwień,
8. Pojemnik do samodzielnego napełniania bez konieczności stosowania dedykowanych wkładów.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **6 - Podajnik ręczników papierowych – 16 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa:1. Dozownik typu auto cut do dozowania pojedynczych arkuszy ręczników do rąk w rolkach,
2. Naścienny,
3. Wykonany z trwałego i mocnego tworzywa sztucznego,
4. Nóż tnący wykonany z super twardego i odpornego na tępienie tworzywa sztucznego,
5. Przeznaczony do ręczników na rolce o długości min. 250 m
6. Zasilanie bateriami lub z zasilacza,
7. Zamykany na kluczyk.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **7 - Podajnik na odpady medyczne – 2 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Pojemnik na odpady z możliwością otworzenia bez użycia rąkBudowa:1. wykonany ze stali nierdzewnej odpornej na mycie i dezynfekcję,
2. wyposażony w funkcjonalny i solidny mechanizm nożny,
3. obsługiwany bezdotykowo,
4. z wkładem z tworzywa sztucznego,
5. pojemność 20-25 l
6. kolor do wybory przez Zamawiającego na etapie realizacji umowy.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **8 - Lustro uchylne – 13 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa:1. Lustro uchylne z regulacją kąta nachylenia,
2. Lustro w bezpiecznej ramie, dostosowane dla osób niepełnosprawnych,
3. Montowane do ściany,
4. Nietłukące,
5. W ramie ze stali o średnicy 25-30 mm, posiadającej otwory z zabezpieczonymi śrubami odpornymi na manipulacje
6. wymiar: 60 cm x 60 cm (+/- 10%).
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **9 - Podajnik papieru toaletowego – 13 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa:1. Materiał: metal lakierowany
2. Kolor: do wyboru Zamawiającego na etapie realizacji umowy
3. Przeznaczenie: papier toaletowy w jumbo roli (średnica do 300 mm)
4. Okienka kontrolne
5. Zamykany na klucz
6. Montowany naściennie
7. Dostosowany do użytkowania przez osoby niepełnosprawne
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć **Wyposażenie** do siedziby Zamawiającego wskazanej w umowie. Dostarczone **wyposażenie** musi być kompletne i zgodne z jego opisem w załączniku nr 1. Niedopuszczalne jest, aby dla zapewnienia prawidłowego użytkowania **wyposażenia**, konieczne było instalowanie dodatkowych elementów w późniejszym czasie, szczególnie za dodatkową opłatą (nie dotyczy materiałów zużywalnych).
2. Oświadczenie:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ww. parametry techniczno-użytkowe. Niespełnienie parametrów wymaganych skutkuje odrzuceniem oferty.

3. Na potwierdzenie, że oferowane produkty spełniają parametry i wymagania określone w powyższych opisach, **na wezwanie przez Zamawiającego,** dostarczę co najmniej jedne z poniżej wskazanych dokumentów:

□ foldery/broszury producenta/dystrybutora,

□ informacje o produkcie ze strony internetowej producenta/dystrybutora,

□ kartę charakterystyki produktu przygotowaną przez producenta/dystrybutora,

□ instrukcję obsługi/opis techniczny przygotowaną przez producent/dystrybutora.

**III. W ramach udzielnej gwarancji na oferowane produkty, zgodnej z powyższą tabelą:**

 **(Jeżeli serwis dla poszczególnych produktów będzie prowadzony przez różne firmy, należy to również wpisać poniżej).**

Serwis gwarancyjny będzie prowadzony przez\* ………………………………………………….

\*podać nazwę firmy

Serwis pogwarancyjny może być prowadzony przez[[3]](#footnote-3) ………………………………………

\*podać nazwę firmy, jeżeli jest znana

**IV. Deklaruję ponadto:**

1. termin wykonania zamówienia – **do 60 dni od dnia podpisania umowy,**
2. warunki płatności – **do 30 dni od dnia prawidłowo wystawionej i dostarczonej do Zamawiającego faktury, po podpisaniu protokołu odbioru, bez uwag i zastrzeżeń.**

**V. Oświadczamy, że:**

* akceptujemy wszystkie postanowienia SIWZ i wzoru umowy bez zastrzeżeń,
* w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego,
* zamówienie zostanie wykonane zgodnie z wymogami określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (załącznik nr 1 do SIWZ),
* uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury przetargowej stanowiące integralną część SIWZ, wyszczególnione we wszystkich umieszczonych na stronie internetowej pismach Zamawiającego,
* uważam (-y) się za związanego (-ych) ofertą przez okres 30 dni, wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
* oferowane produkty są zgodne z siwz i spełniają wymogi określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz posiadają certyfikat CE (jeżeli są wymagane dla oferowanego przedmiotu),
* oświadczam (-y), że nie uczestniczę (-ymy) jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia,
* wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*,
* nie zamierzam/y / zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia[[5]](#footnote-5):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres firm podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone podwykonawcom |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VI. Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**

* zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
* osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest.....................................................................................................
* e-mail: ………...……........…………………………………. tel./fax: …………………...

**VII. Zastrzeżenie i informacje od Wykonawcy:**

1. Oświadczam, że niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ogólnie udostępnione:

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

1. W celu wykazania, że powyżej wskazane dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa do oferty załączam:

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

1. Inne, istotne dla przedmiotu zamówienia informacje:

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

**VIII. Informacje dotyczące treści oferty**:

1. Niniejszym wskazuję dokumenty/oświadczenia poniżej wymienione i załączone do oferty, które należy traktować jako dokumenty/oświadczenia wskazane w Rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26.07.2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, celem ich badania w przedmiotowym postępowaniu:

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

2. Poniżej wskazane dokumenty są dostępne w bezpłatnych bazach danych:

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

(rodzaj dokumentu, adres bazy danych)

3. Poniżej wskazane dokumenty są dostępne u Zamawiającego, a ich treść jest aktualna:

……………………………………………………………………………………….

(rodzaj dokumentu, nr postępowania, do którego były złożone)

........................... dnia................... … r. ……………………………………………

 (podpis i imienna pieczątka osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

1. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku, gdy ofertę składa wykonawca zagraniczny, który na podstawie odrębnych przepisów nie jest zobowiązany do uiszczenia VAT w Polsce, należy wpisać cenę netto. Przy ocenie takiej oferty zastosowanie będzie miał zapis wskazany w dziale XVI pkt 4 SIWZ wynikający z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacja dodatkowa dla Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-3)
4. 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).

\* 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). [↑](#footnote-ref-4)
5. Wypełnić, jeżeli na etapie składania ofert Wykonawca posiada taką informację. [↑](#footnote-ref-5)