**Załącznik nr 1 do SIWZ (stanowi treść oferty)**

**WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu**  klasa wyrobu medycznego |
|  | Igła do biopsji gruboigłowej:   * ostra, odporna na wygięcia konstrukcja igły * końcówka widoczna pod kontrolą USG * centymetrowe znaczniki ułatwiające określenie głębokości wkłucia * obecność ogranicznika głębokości wkłucia * różne rozmiary do wyboru (średnice od 20G do 14G, długości od 10 do 30 cm) | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Aparat do automatycznej biopsji gruboigłowej:   * dwa łatwo zwalnianie spusty, z dwóch stron działa, umożliwiające operowanie jedną ręką * łatwość odzyskania próbki, bez konieczności wyjmowania igły z działa * obecność elementu blokującego przed przypadkowym zwolnieniem spustu * skok igły 25 mm * mały odrzut, mała waga * długość wycinka 19 mm * igły o średnicach od 14 do 20G, długości od 10 do 30 cm, ze zintegrowanym separatorem zapewniającym stabilność oraz poprawne działanie aparatu * możliwość sterylizacji w autoklawie | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | xxxx | xxxxxxx |  | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxx |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu**  klasa wyrobu medycznego |
|  | Siatka przepuklinowa, polipropylenowa 7,5-8cm X 13-15cm | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | Siatka przepuklinowa, polipropylenowa 15X15cm | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | Siatka przepuklinowa, polipropylenowa 22,0-26,0cm X 35,0-36,0cm | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | xxxx | xxxxxxx |  | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxx |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu**  klasa wyrobu medycznego |
|  | Cewniki długoterminowe stosowane do żywienia pozajelitowego chorych w warunkach domowych (przez okres co najmniej kilku lat)   * materiał - specjalnie przetworzony silikon * rozmiar 6,6 Fr * długość cewnika - 57cm * możliwość podawania płynów, preparatów krwi, leków, mieszanin do żywienia pozajelitowego i cytostatyków * możliwość wycofywania krwi * przeznaczone do podskórnej tunelizacji * poniżej złącza muszą zawierać rękaw ochronny zaciskowy z miejscem zaciskania zacisku clamp click, oraz dołączony zacisk clamp click * zaopatrzone w mankiet pobudzający wrastanie tkanek w systemie typu SureCuff * poniżej mankietu musi być pozbawiony dwóch zgrubień (służących do mocowania szwów) * Zestaw do wprowadzania cewnika musi zawierać:   + kompatybilną z prowadnicą w kształcie litery J   + igłę do identyfikacji naczynia   + szczelną strzykawkę z gumowym tłokiem   + rozszerzacz naczyniowy i intubator z rozdzieralnym płaszczem oraz korek (służący do zamknięcia gniazda cewnika i jego przepłukania )   + tunelizator wykonany z tworzywa sztucznego, giętki rozmiar 7 Fr na jednym końcu zakończony czerwoną obsadką ochraniającą miejsce nakładania i połączenia z końcem cewnika w kształcie choinki zapewniające prawidłowe mocowanie cewnika w czasie przeprowadzania go przez tunel, bez możliwości odłączenia się cewnika w czasie manewru, koniec dystalny zagięty pod kątem zaokrąglony z dziurką do przeprowadzenia nici chirurgicznej * cewniki pakowane jałowo, pojedynczo, dwa opakowania: zewnętrzne przeźroczysta tacka i folia, wewnętrzne przezroczysta tacka. Dostępny w sprzedaży zestaw do naprawy cewnika z klejem. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw naprawczy kompatybilny z powyższym cewnikiem. | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | xxxx | xxxxxxx |  | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxx |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu**  klasa wyrobu medycznego |
|  | Czujnik do pomiaru ciśnienia pojedynczy z zamkniętym systemem próbkowania krwi   * sterylny * długość linii płuczącej 150cm (+/- 5 cm) * biureta wyposażona w system zabezpieczający przed zapowietrzeniem (szpikulec w biurecie z trzema otworami) * pojedynczy przetwornik do krwawego pomiaru ciśnienia o częstotliwości własnej samego przetwornika ≥ 200 Hz * błąd pomiaru przetwornika (nieliniowość i histereza) do 1,5% * linia pacjenta o długości co najmniej 215 cm, wyposażona w zintegrowaną strzykawkę mocowaną do płytki o pojemności co najmniej 12 ml oraz dwa bezigłowe porty zakończone końcówką luer-lock do pobierania krwi umieszczone w odległości około 40 cm i 185 cm od pacjenta * linie kodowane kolorystyczne – oznakowanie linii lub kraników * system przepłukiwania uruchamiany wielokierunkowo przez pociągnięcie za niebieski wypustek * połączenie przetwornika z kablem łączącym z monitorem bezpinowe, chroniące przed zalaniem (wodoodporne) * przetwornik zawierający wbudowany w konstrukcję przetwornika port do testowania poprawności działania sytemu: linia z przetwornikiem/kabel sygnałowy/monitor, port typu plug-in | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Czujnik do pomiaru ciśnienia podwójny z zamkniętym systemem próbkowania krwi   * sterylny * długość linii płuczącej 150cm (+/- 5 cm) * biureta wyposażona w system zabezpieczający przed zapowietrzeniem (szpikulec w biurecie z trzema otworami) * dwa przetworniki do krwawego pomiaru ciśnienia o częstotliwości własnej samego przetwornika ≥ 200 Hz * błąd pomiaru przetwornika (nieliniowość i histereza) do 1,5% * długość linii żylnej pacjenta co najmniej 180cm (150cm + 30cm) * linia tętnicza pacjenta o długości co najmniej 215 cm, wyposażona w zintegrowaną strzykawkę mocowaną do płytki o pojemności co najmniej 12 ml oraz dwa bezigłowe porty zakończone końcówką luer-lock do pobierania krwi umieszczone w odległości około 40 cm i 185 cm od pacjenta * linie kodowane kolorystyczne – oznakowanie linii lub kraników * system przepłukiwania uruchamiany wielokierunkowo przez pociągnięcie za niebieski wypustek * połączenie przetwornika z kablem łączącym z monitorem bezpinowe, chroniące przed zalaniem (wodoodporne) * przetwornik zawierający wbudowany w konstrukcję przetwornika port do testowania poprawności działania sytemu: linia z przetwornikiem/kabel sygnałowy/monitor, port typu plug-in | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  | Czujnik do pomiaru ciśnienia potrójny z zamkniętym systemem próbkowania krwi   * sterylny * długość linii płuczącej 150cm (+/- 5 cm) * biureta wyposażona w system zabezpieczający przed zapowietrzeniem (szpikulec w biurecie z trzema otworami) * trzy przetworniki do krwawego pomiaru ciśnienia o częstotliwości własnej samego przetwornika ≥ 200 Hz * błąd pomiaru przetwornika (nieliniowość i histereza) do 1,5% * długość linii żylnej pacjenta co najmniej 180cm (150cm + 30cm) * linia tętnicza pacjenta o długości co najmniej 215 cm, wyposażona w zintegrowaną strzykawkę mocowaną do płytki o pojemności co najmniej 12 ml oraz dwa bezigłowe porty zakończone końcówką luer-lock do pobierania krwi umieszczone w odległości około 40 cm i 185 cm od pacjenta * linie kodowane kolorystyczne – oznakowanie linii lub kraników * system przepłukiwania uruchamiany wielokierunkowo przez pociągnięcie za niebieski wypustek * połączenie przetwornika z kablem łączącym z monitorem bezpinowe, chroniące przed zalaniem (wodoodporne) * przetwornik zawierający wbudowany w konstrukcję przetwornika port do testowania poprawności działania sytemu: linia z przetwornikiem/kabel sygnałowy/monitor, port typu plug-in | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | Klamra do mocowania przetworników   * umożliwia mocowanie do 6 czujników (do pomiaru ciśnienia krwawego, rzutu serca, strzykawek do pobierania krwi w układzie zamkniętym) * system mocowany bezpośrednio do stojaka do kroplówki, bądź bezpośrednio do łóżka pacjenta | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  | Czujnik do pomiaru ciśnienia metodą bezpośrednią, pojedynczy   * długości linii płuczącej min.150 cm * długość linii pacjenta min. 210 cm * biureta wyposażona w system zabezpieczający przed zapowietrzeniem (szpikulec w biurecie z trzema otworami) * jeden przetwornik do krwawego pomiaru ciśnienia częstotliwości własnej samego przetwornika ≥ 200Hz * błąd pomiaru przetwornika (nieliniowość i histereza) do 1,5% * odpowiednie oznaczenie drenów – kolorystyczne oznakowanie linii lub kraników * system przepłukiwania uruchamiany wielokierunkowo przez pociągnięcie za niebieski wypustek * połączenie przetwornika z kablem łączącym z monitorem bezpinowe, chroniące przed zalaniem (wodoodporne) * przetwornik zawiera wbudowany osobny port do testowania poprawności działania systemu: linia z przetwornikiem /kabel sygnałowy/monitor; port typu plug-in | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | Czujnik do pomiaru ciśnienia metodą bezpośrednią podwójny   * długości linii płuczącej min. 150 cm * długość linii żylnej pacjenta co najmniej 180 cm * linia tętnicza pacjenta o długości co najmniej 180 cm * biureta wyposażona w system zabezpieczający przed zapowietrzeniem (szpikulec w biurecie z trzema otworami) * dwa przetworniki do krwawego pomiaru ciśnienia o częstotliwości własnej samego przetwornika ≥ 200Hz * błąd pomiaru przetwornika (nieliniowość i histereza) do 1,5% * odpowiednie oznaczenie drenów – kolorystyczne oznakowanie linii lub kraników * system przepłukiwania uruchamiany wielokierunkowo przez pociągnięcie za niebieski wypustek * połączenie przetwornika z kablem łączącym z monitorem bezpinowe, chroniące przed zalaniem (wodoodporne) * przetwornik zawiera wbudowany osobny port do testowania poprawności działania systemu: linia z przetwornikiem /kabel sygnałowy/monitor; port typu plug-in | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | Dren o długości 58 cm, umożliwiający przedłużenie linii ciśnienia | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kabel ciśnieniowy do urządzenia Steckert | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kabel ciśnieniowy do urządzenia Jostra | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kabel ciśnieniowy do kardiomonitora Philips podwójny | 7 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kabel ciśnieniowy do kardiomonitora Philips pojedynczy | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | xxxx | xxxxxxx |  | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxx |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu**  klasa wyrobu medycznego |
|  | Jednorazowe prześcieradło nieprzemakalne   * wymiary 80x210cm w kolorze białym wykonane z trójwarstwowego chłonnego i mocnego laminatu, wzmocnionego podłużnymi nitkami w kolorze niebieskim co 17mm * gramatura całkowita min. 61g/m2 | 28 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | xxxx | xxxxxxx |  | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxx |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

#### Załącznik nr 2 (stanowi treść oferty)

### **FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku -5 pakietów**

Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**(nr faxu)**

**(e-mail – niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną)**

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać, zgodnie z załącznikiem Nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4.Cena Pakietu nr ……..…… bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ....................................................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie..........................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

*- Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

***Wykonawca potwierdzi ……………………………..(w przypadku braku informacji oznacza, że metoda nie ma zastosowania).***

***(W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet Wykonawca może powielić pkt 4 lub złożyć odrębny formularz)***

**Termin dostawy max - 3 dni** **robocze** (wpisać jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje, że termin dostawy wynosi 3 dni, podać w dniach,)…………

5.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

6.W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

Lista załączników:

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

**Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

**Załącznik nr 3** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/179/20**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

**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. na  **Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku -5 pakietów** prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

…………….……. *(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 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i ogłoszeniu o zamówieniu*,* 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**

**EZP/179/20**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5**

**Wykonawca:**

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

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

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Dotyczy postępowania na:**

**Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku – 5 pakietów**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

**(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)**

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\*** (Wykonawca wskażę tylko te podmiotu z tej samej grupy kapitałowej, które złożyły ofertę na ten sam przedmiot zamówienia (w przypadku zamówienia w części na ten sam pakiet), na który złożył swoją ofertę Wykonawca składający niniejszą informację, terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.1.).

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/179/20**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

**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. na **Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku - 5 pakietów,** prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
art. 24 ust. 5 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 pkt 13-14, 16-20 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 6 do SIWZ** (**Wykonawca dołączy do oferty)**

**Dotyczy postępowania na:**

**Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku – 5 pakietów**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**Wykonawca poda czy jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem (zaznaczyć „x” lub w inny sposób TAK albo NIE):**

* TAK,
* NIE

**Załącznik nr 7** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/179/20**

***Przedmiot* : Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku - 5 pakietów**

**……………………….. ………………………..**

Nazwa Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że posiadam aktualne dokumenty dopuszczające zaproponowany przedmiot zamówienia do obrotu, zgodnie z obowiązującym przepisami prawa w tym zakresie, np. **CE lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych oznakowane CE dla którego wystawiono deklarację zgodności** (jeżeli ocena zgodności była przeprowadzona z udziałem jednostki notyfikowanej, obok znaku CE umieszcza się jej numer seryjny) **oraz, że dostarczę przedmiotowe dokumenty na żądanie Zamawiającego.**

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**

**Załącznik nr 8 (Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/179/20**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

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

**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.\*

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**

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

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)

#### Załącznik nr 9

**EZP/179/20**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia na: **Zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku - 5 pakietów.**

W przypadku gdy Wykonawca ma siedzibę firmy poza granicami Polski, Zamawiający wprowadzi do umowy następujące zapisy:

1. W przypadku dostaw wewnątrzwspólnotowych w celu wypełnienia deklaracji INTRASTAT (system statystyki obrotów handlowych państw członkowskich Unii Europejskiej) przez Zamawiającego Wykonawca dostarczy Zamawiającemu fakturę VAT wraz z następującymi danymi dotyczącymi każdej pozycji faktury osobno:

a) ośmiocyfrowy kod towaru zgodnie z kodem określonym w Scalonej Nomenklaturze (CN),stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 256 z dnia 7 września 1987r., str. 1 i n.), zmienionego rozporządzeniem Komisji nr 2344/2003 z dnia 30 grudnia 2003r. zmieniającym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 346 z dnia 31.12.2003r., str. 38 i n.) albo – w przypadkach szczególnych – kod towarowy określony w części II ust. 2 i ust. 6 Instrukcji;

b) opis towaru ( należy podać zwyczajową nazwę handlową danego towaru w sposób umożliwiający jego identyfikację-opis musi umożliwić klasyfikację towaru według kodu Scalonej Nomenklatury (CN). Jeżeli zwyczajowa nazwa handlowa nie pozwala na jednoznaczne określenie, jakiego rodzaju jest dany towar i do której pozycji CN należy go przypisać, nazwę tę należy uzupełnić o informacje dotyczące rodzaju materiału, sposobu obróbki, celu wykorzystania lub innych kryteriów służących do kwalifikacji towaru według kodu CN;

c)masa netto ( w pełnych kilogramach ) - masa netto to masa towaru bez opakowania. W przypadku, gdy masa towaru wynosi mniej niż 0,50 kilograma, należy wpisać "0". Jeżeli masa wynosi 0,50 kilograma lub więcej, lecz mniej niż 1 kilogram, należy wpisać"1". Dla mas większych od 1 kilograma wartości po przecinku należy zaokrąglać według zasad matematycznych. Wypełnienie tego pola nie jest wymagane dla kodów towarowych, określonych w aneksie "H" do Instrukcji;

d)ilość w uzupełniającej jednostce miary – należy podać ilość towaru w liczbach całkowitych, wyrażoną w jednostce miary wskazanej dla danej pozycji towarowej w obowiązującej wersji Scalonej Nomenklatury (CN), jeżeli dla danego kodu towarowego przewiduje ona dodatkową jednostkę miary (w przeciwnym razie pola tego nie należy wypełniać). Wartości po przecinku należy zaokrąglać zgodnie z zasadami matematycznymi, np. w przypadku, gdy ilość towaru podanego w litrach wynosi mniej niż 0,5 litra, należy wpisać "0". Jeżeli ilość towaru wynosi 0,5 litra lub więcej, należy wpisać "1".

2. W przypadku braku danych, o których mowa w pkt. 2 na fakturze i braku pisemnego uzupełnienia przez Wykonawcę tych danych Wykonawca wyraża zgodę na zapłatę grzywny według taryfikatora urzędu Celnego za niezłożenie deklaracji INTRASTAT – PRZYWÓZ w terminie.

3. W przypadku, gdy spoza obszaru Unii Europejskiej dostawa towaru nie ma charakteru dostawy wewnątrzwspólnotowej i nie objęta jest koniecznością sporządzania przez Zamawiającego deklaracji INTRASTAT pkt.1 załącznika nr 7 nie jest obowiązujący.

4. W przypadkach określonych nowelizacją ustawy o VAT z dnia 11.03.2004, gdy nie dochodzi do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów ze względu na brak dostawy spoza granic RP a dostawcą jest podmiot ( Wykonawca) nie posiadający siedziby na terytorium RP pkt.1 załącznika nr 7 nie jest obowiązujący.