**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 1 – DOSTAWA MIKROTOMÓW SANECZKOWYCH – 3 SZTUKI :***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość zamawiana** | **MODEL**  (PODAĆ) | **Producent** | **Wartość netto**  **( w PLN)** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto**  **( w PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Mikrotom saneczkowy | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 2 | Mikrotom saneczkowy | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 3 | Mikrotom saneczkowy | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenie 8 pracowników Pracowni Patomorfologii potwierdzone stosownymi Certyfikatami | X | X | X |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | **- zł** | **- zł** | **- zł** |

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY MIKROTOMU SANECZKOWEGO**

***PAKIET NR 1 – DOSTAWA MIKROTOMÓW SANECZKOWYCH – 3 SZTUKI :***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | | | |
|  | **Producent ………………………………………**  **( PODAĆ)** | | | | | |
|  | **Model ……………………………………………**  **( PODAĆ)** | | | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2022 …………………………….**  **( PODAĆ)** | | | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** | |
| 1 | Układ mikrotomowy w zamkniętej obudowie. | | |  | TAK / NIE | |
| 2 | Wszystkie elementy zewnętrze odporne na działanie środków czyszczących i środków do odparafinowania. | | |  | TAK / NIE | |
| 3 | Tacka na odpady parafinowe po skrawaniu | | |  | TAK / NIE | |
| 4 | Sanki działające płynnie bez luzów z możliwością zablokowania w każdej pozycji | | |  | TAK / NIE | |
| 5 | Blokada ruchu uchwytu z żyletką | | |  | TAK / NIE | |
| 6 | Uchwyt na żyletkę wyposażony w osłonę | | |  | TAK / NIE | |
| 7 | Koło zamachowe do ręcznego wysuwu głowicy. | | |  | TAK / NIE | |
| Koło zamachowe do ręcznego wysuwu głowicy obsługiwane zgodnie z ruchem wskazówek zegara lub przeciwnie do ruchu wskazówek zegara | | | 20 PKT | Dodatkowo punktowane | |
| 8 | Możliwość zdefiniowania okna cięcia – umożliwia skrócenie ruchu noża | | |  | TAK / NIE | |
| 9 | Zakresy grubości cięcia: co najmniej w zakresie od 0.5 μm do 60 μm , w krokach:   * od 0.5 μm do 5 μm w krokach co 0.5 μm   + od 5 μm do 10 μm w krokach co 1 μm   + od 10 μm do 20 μm w krokach co 2 μm   + od 20 μm do 60 μm w krokach co 5 μm | | |  | TAK / NIE | |
| 10 | Regulacja kąta natarcia (przyłożenia): -3° do 10° | | |  | TAK / NIE | |
| 11 | System precyzyjnej orientacji przestrzennej głowicy z preparatem w osiach XY o wartość 8° ze wskazaniem położenia 0/0° | | |  | TAK / NIE | |
| 12 | Regulacja kąta deklinacji (odchylenia) w zakresie 0° – 45° | | |  | TAK / NIE | |
| 13 | Uchwyt na standardowe żyletki mikrotomowe | | |  | TAK / NIE | |
| 14 | Możliwość wykorzystania całej długości żyletki | | |  | TAK / NIE | |
| 15 | W zestawie uchwyt na kasetki plastikowe oraz zacisk na bloczki parafinowe | | |  | TAK / NIE | |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | | | |
| 1 | Szkolenie 8 pracowników Pracowni Patomorfologii w zakresie obsługi aparatu.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | | | TAK / NIE |
| 2 | Gwarancja w okresie 24 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym dwa przeglądy serwisowe) | |  | | | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym trzy przeglądy serwisowe) | | 10 PKT | | | Dodatkowo punktowane |
| 3 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 72 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  | | | TAK / NIE |
| 4 | Deklaracja zgodności CE – DOŁĄCZYĆ DO OFERTY | |  | | | TAK / NIE |
| 5 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – DOŁĄCZYĆ DO OFERTY | |  | | | TAK / NIE |

***UWAGA:***

**\*Wykonawca potwierdza wymagany parametr: TAK / NIE**

\*\*Na potwierdzenie parametrów **wymaganych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument potwierdzający te parametry oraz wskazuje stronę w tym dokumencie, na której dany parametr jest opisany. Przedstawione dokumenty muszą być sporządzone przez producenta. Jakiekolwiek odręczne dopiski, uzupełnienia do dokumentów nie będą brane pod uwagę przez Zamawiającego przy ocenie OFERTY.

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia posiada w/w parametry, jest kompletny i do jego funkcjonowania nie jest potrzebny zakup dodatkowych elementów.

**Oświadczam,** że oferowany mikrotom saneczkowy jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022r.

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

( podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* MIKROTOM SANECZKOWY –**

***PAKIET NR 1 – DOSTAWA MIKROTOMÓW SANECZKOWYCH – 3 SZTUKI :***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Koło zamachowe do ręcznego wysuwu głowicy obsługiwane zgodnie z ruchem wskazówek zegara lub przeciwnie do ruchu wskazówek zegara. |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametry oferowane” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument potwierdzający te parametry oraz wskazuje stronę  
w tym dokumencie, na której dany parametr jest opisany**. Jeżeli złożone przedmiotowe środki dowodowe są niekompletne i nie potwierdzają parametrów dodatkowo ocenianych, Zamawiający nie będzie wzywał o ich złożenie lub uzupełnienie.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 2 – DOSTAWA ŁAŹNI WODNYCH – 2 SZTUKI :***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość zamawiana** | **MODEL**  (PODAĆ) | **Producent** | **Wartość netto**  **( w PLN)** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto**  **( w PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Łaźnia wodna | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 2 | Łaźnia wodna | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkolenie 8 pracowników Pracowni Patomorfologii potwierdzone stosownymi Certyfikatami | X | X | X |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | **- zł** | **- zł** | **- zł** |

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY ŁAŹNI WODNEJ**

***PAKIET NR 2 – DOSTAWA ŁAŹNI WODNYCH – 2 SZTUKI :***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | | | |
|  | **Producent ………………………………………**  **( PODAĆ)** | | | | | |
|  | **Model ……………………………………………**  **( PODAĆ)** | | | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2022 …………………………….**  **( PODAĆ)** | | | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** | |
| 1 | Zakres ustawienia temperatury co najmniej od 20 do 60 stopni Celsjusza. | | |  | TAK / NIE | |
| 2 | Masa nie więcej niż 7 kg. | | |  | TAK / NIE | |
| 3 | Wymiary nie więcej niż 390x310x100 mm | | |  | TAK / NIE | |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | | | |
| 1 | Szkolenie 8 pracowników Pracowni Patomorfologii w zakresie obsługi aparatu.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | | | TAK / NIE |
| 2 | Gwarancja w okresie 24 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym dwa przeglądy serwisowe) | |  | | | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym trzy przeglądy serwisowe) | | 10 PKT | | | Dodatkowo punktowane |
| 3 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 72 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  | | | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 20 PKT | | | Dodatkowo punktowane |
| 4 | Deklaracja zgodności CE – DOŁĄCZYĆ DO OFERTY | |  | | | TAK / NIE |
| 5 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – DOŁĄCZYĆ DO OFERTY | |  | | | TAK / NIE |

***UWAGA:***

**\*Wykonawca potwierdza wymagany parametr: TAK / NIE**

\*\*Na potwierdzenie parametrów **wymaganych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument potwierdzający te parametry oraz wskazuje stronę w tym dokumencie, na której dany parametr jest opisany. Przedstawione dokumenty muszą być sporządzone przez producenta. Jakiekolwiek odręczne dopiski, uzupełnienia do dokumentów nie będą brane pod uwagę przez Zamawiającego przy ocenie OFERTY.

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia posiada w/w parametry, jest kompletny i do jego funkcjonowania nie jest potrzebny zakup dodatkowych elementów.

**Oświadczam,** że oferowane łaźnie wodne są fabrycznie nowe i nie były urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022r.

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

( podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* ŁAŹNIA WODNA –**

***PAKIET NR 2 – DOSTAWA ŁAŹNI WODNYCH – 2 SZTUKI :***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametry oferowane” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument potwierdzający te parametry oraz wskazuje stronę  
w tym dokumencie, na której dany parametr jest opisany**. Jeżeli złożone przedmiotowe środki dowodowe są niekompletne i nie potwierdzają parametrów dodatkowo ocenianych, Zamawiający nie będzie wzywał o ich złożenie lub uzupełnienie.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

***FORMULARZ OFERTA***  
 DLA ZESPOŁU WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH  
 w KATOWICACH

|  |
| --- |
| ***NAZWA WYKONAWCY: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………***  ***ADRES SIEDZIBY:*** ………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………..……………………  NIP: ………………………………………… REGON: ………….……………….………………………  Tel.: …………………………………….……… Fax: …………………..………….…………………………  Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym …………………………..………………………..  Tel.: …………………………………….………e – mail: ………………………………………  Osoba odpowiedzialna za realizację przedmiotu Umowy ………………………………………………….  Tel.: ……………………………………… e-mail: ……………………………………… |

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest „Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz  
2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą:   
przy ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice oferuję realizację przedmiotu zamówienia, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia za niżej podaną cenę:

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

1. adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy znajdującej się na platformie **ePUAP: ….…………………………………………………………………….…….……………**
2. adres poczty elektronicznej: …….……………….…..………………….……………………………….….

*Zamawiający przekazuje dokumenty, oświadczenia i wnioski w trakcie trwania postępowania na ww. adres* *elektronicznej skrzynki podawczej EPUAP/poczty elektronicznej Wykonawcy, na co Wykonawca wyraża zgodę. Wykonawca niniejszym zobowiązuje się do utrzymania jego funkcjonalności przez czas trwania postępowania. O zmianie adresu elektronicznej skrzynki podawczej EPUAP/poczty elektronicznej do przekazywania korespondencji związanej z danym postępowaniem Wykonawca niezwłocznie zawiadamia Zamawiającego składając oświadczenie osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy. Domniemywa się, że dokumenty, oświadczenia i wnioski przekazane na adres poczty elektronicznej wskazany  
w formularzu ofertowym zostały doręczone skutecznie a Wykonawca zapoznał się z ich treścią.*

1. W ramach zamówienia „Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz 2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” – Numer referencyjny***:* ZP/D/ 8 /22**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

**PAKIET NR 1**

* + - * 1. ***CENA* :**

Cena brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

* + - * 1. ***„PARAMETRY DODATKOWO OCENIANE” – ZAŁĄCZNIK NR 6 do SWZ***
        2. ***TERMIN DOSTAWY LICZONY OD DNIA ZAWARCIA UMOWY***……………… TYGODNI
        3. ***GWARANCJA****:* …………………… MIESIĘCY

**PAKIET NR 2**

* + 1. ***CENA* :**

Cena brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

* + - * 1. ***„PARAMETRY DODATKOWO OCENIANE” – ZAŁĄCZNIK NR 6 do SWZ***
        2. ***TERMIN DOSTAWY LICZONY OD DNIA ZAWARCIA UMOWY***……………… TYGODNI
        3. ***GWARANCJA****:* …………………… MIESIĘCY

1. Rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca - zaznaczyć właściwy kwadrat

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mikroprzedsiębiorca |
|  | Małe przedsiębiorstwo |
|  | Średnie przedsiębiorstwo |
|  | Duże przedsiębiorstwo |
|  | Jednoosobowa działalność gospodarcza |
|  | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
|  | Inny rodzaj, opis: …………………………………………………………… |

1. **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa** (poniżej zaznaczyć właściwą odpowiedź):

* Żadna z informacji wskazanych w OFERCIE nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa  
  w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
* Wskazane poniżej informacje zawarte w OFERCIE stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa  
  w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępnione innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/y dokumenty w postaci:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj informacji | Strony w OFERCIE | |
| od numeru | do numeru |
| 1 |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. Przedmiot zamówienia wykonam/y: ***sam/i / przy udziale Podwykonawcy*** (niepotrzebne skreślić)

Następującą część zamówienia zamierzam/y powierzyć Podwykonawcy (wypełnić tylko jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Nazwa i adres Podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| … |  |  |

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca pozostawi ten punkt niewypełniony, Zamawiający uzna, iż Wykonawca wykona przedmiot zamówienia sam, bez udziału Podwykonawcy*.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Projektowanych postanowień umowy i akceptuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec  
   osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu  
   ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.  
   \*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).

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 8**  **Zamawiający**:  Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(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. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo Zamówień Publicznych** (Dz. U. z 2022r. pozycja 1710 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na „Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz 2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice oświadczam, że:

☐ **Nie przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1076), o której mowa w art. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy\*;

☐ **Przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.  
 o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1076), o której mowa w art. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy, w skład której wchodzą następujące podmioty\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Podmioty należące do grupy kapitałowej |
| 1. |  |
| 2. |  |

\* zaznaczyć w sposób wyraźny (X) właściwą informację

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |
|  |  |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 9**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

o którym mowa w art. 125 ust.1 w powiązaniu z art. 273 ust.1

ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

(tekst jednolity: Dz. U. z 2022 roku pozycja 1710 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „„Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz 2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/8/22****, oświadczam że:*

* + - 1. ***Nie podlegam*** *wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek zawartych w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp. oraz art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp. i art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.\**
      2. ***Podlegam*** *wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek zawartych w art. 108 ust.1 ustawy Pzp. Oraz art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp. I art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.\**
      3. ***Nie zachodzą*** *w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. pozycja. 835).\**
      4. ***Zachodzą*** *w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. pozycja. 835).\**

\*  *Niepotrzebne skreślić*

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

**ZAŁĄCZNIK NR 10**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA  
W ART. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 ROKU PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DZ. U. z 2022r. pozycja 1710 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz 2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice oświadczam, że wszystkie informacje zawarte  
w oświadczeniu składanym na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp. w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 108 ust. 1 pkt 3 – 6 ustawy Pzp.:

***\*\* są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym***

***\*\* nie są aktualne i nie są zgodne ze stanem faktycznym***.

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

\*Niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

\*\*niepotrzebne skreślić. W przypadku braku aktualności podanych uprzednio informacji dodatkowo należy złożyć stosowną informację  
w tym zakresie, w szczególności określić jakich danych dotyczy zmiana i wskazać jej zakres.

**ZAŁĄCZNIK NR 11**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

o którym mowa w art. 225 ust.1 i 2

ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

(tekst jednolity: Dz. U. z 2022 roku pozycja 1710 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE POWSTANIA OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „„Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz 2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/ 8 /22****, oświadczam że wybór mojej OFERTY\*:*

1. **nie będzie** prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,\*
2. **będzie** prowadzić do powstania po stronie Zamawiającego obowiązku podatkowego następujących towarów/usług:\*
3. ………………………………………………….………………… - ……………………….……….. zł netto

*( Nazwa towaru/usług) ( wartość bez kwoty podatku VAT)*

*\*Zgodnie z art. 225 ust. 2 ustawy Pzp, Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. Należy zaznaczyć właściwe. Brak zaznaczenia będzie oznaczał, że wybór oferty Wykonawcy, nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*

\*  *Niepotrzebne skreślić*

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 12** |
|  | **Zamawiający**:  Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  40-038 Katowice ul. Powstańców 31 |
| ***Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie****:*  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| ***reprezentowany przez:***  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA,  
O KTÓRYM MOWA W ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania pn. „Zakup 3 mikrotomów saneczkowych oraz 2 łaźni wodnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ul. Powstańców 31,   
40-038 Katowice; prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  
ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice; działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie, oświadczam, że:

Wykonawca: ………………………………………………………………………………………………...

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego :……………………………………………………………………………………..

Wykonawca: …………………………………………………………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:……………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |

**ZAŁĄCZNIK NR 13**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*()wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)