**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 1 – MASKI OCHRONNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Maska medyczna ochronna z zaworem oddechowym, spełniająca standardy klasy ochrony FFP3 normy EN 149:2001 |  | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Maska medyczna ochronna z zaworem oddechowym, spełniająca standardy klasy ochrony FFP2 normy EN 149:2001 |  | szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

***UWAGA:***

Zamawiający wymaga dołączenia kart katalogowych (ulotek, opisów technicznych) dla oferowanego przedmiotu zamówienia na potwierdzenie wymaganych parametrów.

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

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

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 2 – DROBNY SPRZĘT LABORATORYJNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Końcówki do pipet do 300 μl z podziałką |  | szt | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Końcówki uniwersalne do 1000 μl |  | szt | 27000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Końcówki do pipet typu Crystal do 10 μl |  | szt | 5000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Końcówki uniwersalne do 200 μl |  | szt | 21000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Końcówki uniwersalne do 5000 μl |  | szt | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6a | Probówki z tworzywa przeźroczystego o pojemności 4 ml |  | szt | 20000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6b | Korek do pozycji 6 a |  | szt | 20000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Probówki z tworzywa typu FALCONE o pojemności 50 ml, z zakrętką |  | szt | 5000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Probówki typu Eppendorf 1,5 ml z tworzywa, z zamknięciem |  | szt | 7500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9a | Probówki okrągłodenne z tworzywa przeźroczystego o poj. 3 ml |  | szt | 5000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9b | korek do probówek z pozycji 9a |  | szt | 5000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Płytki Petriego plastikowe bez wentylacji sterylne śr. 60mm |  | szt | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11a | Probówki okrągłodenne z tworzywa (PS lub PP) poj. 10ml, (poj. użytkowa) |  | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11b | korek do probówek z pozycji 11 a |  | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Probówki bakteriologiczne z podłożem transportowym AMIES pakowane pojedynczo |  | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Sterylne ezy o poj. 10 ul **(pakowane po nie więcej niż 5 sztuk)** |  | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Pojemnik zakręcany na wycinki histopatologiczne (małe) 20ml – 30 ml |  | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Sterylne pałeczki okulistyczne do pobierania wymazów o śr. 2- 3 mm **(pakowane pojedynczo )** |  | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Sterylne pałeczki do wymazów o śr. 5 mm w probówce |  | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Szczoteczki cytologiczne typu CERVEX BRUSH do pobierania wymazów ginekologicznych. Szczoteczka z możliwością pobrania materiał z kanału szyjki macicy oraz ze strefy transformacji. 57 półokrągłych giętkich gładko zakończonych włókien szczoteczki. |  | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Szczoteczki cytologiczne proste |  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Pojemniki na mocz z tworzywa zakręcane o poj. użytkowej 120 ml +/- 20 ml, niesterylne |  | szt | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Pipeta Pasteura z tworzywa, 2-3 ml skalowana, niesterylna |  | szt | 550 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Pipety Pasteura z tworzywa skalowane, sterylne, pakowane pojedynczo 1ml, |  | szt | 4000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Szkiełka nakrywkowe 24x24 idealnie przeźroczyste |  | szt | 14000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Szkiełka z ciętymi krawędziami 76 x 26 mm x 1mm  (+/- 2 mm) |  | szt | 3000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Szkiełka nakrywkowe 24x60 mm idealnie przeźroczyste |  | szt | 1 0500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Ezy sterylne o poj.1 μl pakowane po nie więcej niż 5 szt |  | szt | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Kapilary do oznaczeń gazometrycznych, opłaszczone heparyną litową; 2,3 x 100 mm/ objetość 175 ul |  | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Probówki stożkowe o poj. 10ml z tworzywa-przeźroczyste |  | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Folia rozciągliwa do zamykania probówek i pojemników 10cm x 75m (parafilm) |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Końcówki do pipet typu Gilson 200 ul |  | szt. | 18000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

***UWAGA***:

Zamawiający dla pozycji nr 17 i nr 18 wymaga dostarczenia *PRÓBEK* z każdej pozycji po 2 sztuki oferowanego przedmiotu zamówienia na potwierdzenie wymaganych parametrów.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 3– DROBNY SPRZĘT LABORATORYJNY SZKLANY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Probówki bakteriologiczne szklane z korkiem autoklawowalnym w temp. 1200C, zwężające się do korka – wys. 160 mm, śr. 15mm (+/- 2 mm) |  | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zlewki szklane 800ml śr. 95-100 mm |  | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kolby stożkowe 5000 ml |  | szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Moździerze szklane do rozcierania prątków |  | Szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Kolby stożkowe poj. 2000 ml śr. 55 mm (+/- 5 mm) |  | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 4 –STOMATOLOGICZNE MATERIAŁY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Jednorazowe ślinociągi stomatologiczne, przeźroczyste. Op. 100 szt. |  | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Jednorazowe serwety stomatologiczne, składane (dwie warstwy bibuły, jedna warstwa folii polietylenowej) 33cm x 48 cm (+/- 3cm) |  | szt | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Jednorazowe igły do karpuli z powłoką silikonową 04x38mm |  | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Jednorazowe igły do karpuli z powłoką silikonową 03x21mm |  | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Zagłówki na fotele stomatologiczne (pokrowiec na zagłówki) |  | szt | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Wkłady do spluwaczki |  | szt | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Sitko do ślinociągu |  | szt | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Końcówki do ssaka rozm. 11 mm/ 140 mm |  | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Jednorazowe tacki stomatologiczne 140 mm x 183 mm x 17 mm |  | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 5 – NAKŁUWACZE I LANCETY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Lancety jednorazowe do palca 28G /0,36mm -0,4mm, typu „Droplet”, sterylne |  | szt. | 4400 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 6 – ZATYCZKI SYNTETYCZNE DO KANALIKÓW ŁZOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Zatyczki do kanalików łzowych wchłanialne średnica 0,3mm |  | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zatyczki do kanalików łzowych stałe typu parasol rozmiar M pakowane parami (10 par) |  | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

***UWAGA:***

Zamawiający na potwierdzenie wymaganych parametrów dla pozycji nr 1 i nr 2 wymaga *PRÓBEK* po 2 sztuki z każdej pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 7 – KOŃCÓWKI DO PIPET**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Końcówki typu Eppendorf kompatybilne do pipety Eppendorf 8 kanalowej Xplorer obj. 50-1200ěl |  | szt. | 12 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Końcówki typu Eppendorf kompatybilne z pipetą 8-kanałową Eppendorf Research 300 obj. 2-200μl  długość: 53 mm, długość kołnierza: 17 mm, niesterylne kolor żółty |  | szt. | 6 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Końcówki typu Eppendorf kompatybilne z pipetą 8-kanałową elektroniczną Eppendorf Research pro 300 oraz Eppendorf Research Explorer, o obj. 20-300μl  długość: 55 mm, długośc kołnierza: 17 mm, niesterylne kolor żółty |  | szt. | 13 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

***UWAGA:***

1. Zamawiający na potwierdzenie parametrów przedmiotu zamówienia dla pozycji nr 1 i nr 2 wymaga *PRÓBEK* w ilościach po 10 sztuk z każdej pozycji.
2. Zamawiający wymaga dołączenia kart katalogowych (ulotek, opisów technicznych) dla oferowanego przedmiotu zamówienia na potwierdzenie wymaganych parametrów.
3. W zakresie pozycji 2 i 3 końcówki muszą być optymalnie dopasowane do pipet Eppendorf, spełniające wymogi EN ISO 8655, z precyzyjną podziałką ułatwiającą wzrokową kontrolę pojemności pipetowania, o stopniu czystości Eppendorf Quality, pasujące do pudełek autoklawowalnych ep TIPS BOX, kształt końcówki umożliwiający zrzucanie za pomocą zrzutnika pipety Eppendorf.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 8**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 8 – LANCETY DO TESTÓW ALERGOLOGICZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Lancety do alergologicznych testów punktowych |  | szt. | 37 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 9**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 9 – POJEMNIK NA PŁYNNE SKAŻONE ODPADY MEDYCZNE I CHEMICZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Pojemnik z tworzywa sztucznego na płynne skażone odpady medyczne i chemiczne, odporny na działanie formaldehydu, ksylenu, alkoholu i acetonu, o pojemności 5 l, szczelnie zakręcane. |  | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

***UWAGA:***

Zamawiający na potwierdzenie parametrów przedmiotu zamówienia wymaga *PRÓBEK* w ilości 1 sztuki.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 10**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 10 – AKCESORIA DO KONCENTRATORÓW TLENU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Filtr filcowy do koncentratora tlenu NEW LIFE ELITE |  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Filtr antybakteryjny końcowy do koncentratora tlenu NEW LIFE ELITE |  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Filtr wewnętrzny do koncentratora Philips Ever Flo |  | Szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Filtr gąbkowy Philips Ever Flo |  | Szt | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Filtr uniwersalny do lamp UltraViol NBVE 110PL |  | Szt. | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Nawilżacze do koncentratora z wodą sterylną |  | Szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Nawilżacz do koncentratora bąbelkowy z zaworem bezpieczeństwa 6 PSI |  | Szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 11**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 11 – ZEOLIT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **j.m.** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Zeolit |  | kg | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM: | | | | | | | |  | X |  | X |

\*Ilość opakowań należy przeliczać do dwóch miejsc po przecinku. W przypadku braku możliwości podziału opakowania przez Wykonawcę Zamawiający zamówi liczbę opakowań po zaokrągleniu w dół do pełnego opakowania.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 12**

***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 „**Sukcesywna dostawa drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2”** dla potrzeb **Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach 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 „**Sukcesywna dostawa drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2” – *Z*nak sprawy*:* ZP/D/ 15 /22**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:
   * + - 1. ***PAKIET NR 1* :**

Cena netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

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

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

***\* WYKONAWCA ZOBOWIĄZANY JEST DO POWTÓRZENIA POWYŻSZEGO WZORU TYLE RAZY, NA ILE CZĘŚCI – PAKIETÓW SKŁADA OFERTĘ; NALEŻY WPISAĆ NR PAKIETU***

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 13**

**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 WYKONAWCY –***

(nie dotyczy Pakietów Nr 1 poz. 1 i 2; Nr 2 poz. 28; oraz Pakiety Nr 3, i Nr 9.)

Oświadczam, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia, posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie  
z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022 roku, pozycja 974  
z późniejszymi zmianami).

Jednocześnie oświadczam, że na każde żądanie Zamawiającego jestem w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

…………………………………

(miejscowość i data)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 14**  **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 2019r. pozycja 2019 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na *„Sukcesywną dostawę drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2”* dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach 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 15**

**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 2019 roku pozycja 2019 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Sukcesywna dostawa drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2”,prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych *w Katowicach pod numerem* ***ZP/D 15 /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 16**

**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 2019r. pozycja 2019 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Sukcesywną dostawę drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2” dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach 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 17**

**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 2019 roku pozycja 2019 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE POWSTANIA OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Sukcesywna dostawa drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2” prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach pod numerem***ZP/D/ 15 /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 18** |
|  | **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. „Sukcesywna dostawa drobnego jednorazowego i wielorazowego sprzętu medycznego – 2” dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach   
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 19**

**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)