**ZAŁĄCZNIK NR 1**

***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: ……………………………………… |

Ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i/ lub zawarcia umowy w przypadku składania **oferty wspólnej** przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze (konsorcja/ spółki cywilne) jest :

Stanowisko ........................................ imię i nazwisko ..............................................

Tel. .................................................... fax. ...............................................................

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest „*Usługa codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10.*”, 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 poczty elektronicznej: …….……………….…..………………….……………………………….….

*Zamawiający przekazuje dokumenty, oświadczenia i wnioski w trakcie trwania postępowania na ww. adres elektronicznej skrzynki podawczej e – Zamówienia / adres 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 e – Zamówienia /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 na *Usługę codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10.* ***- Z*nak sprawy*:* ZP/U/ 2 /24**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia w terminie od dnia 01.03.2024 r. do dnia 28.02.2025 r. za cenę:

***Dla obiektu Katowice ul. Powstańców 31 - pow. 8 450,90 m²***

Cena netto za miesiąc …………….x 12 miesięcy = Wartość netto ………………..

Cena oferty = Wartość netto …………… + podatek VAT % …………. = Wartość brutto…………….

CENA OFERTY BRUTTO …………………..zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………zł

*tj. miesięcznie:*

Cena brutto ………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………..zł

***Dla obiektu Zabrze ul. M. Skłodowskiej – Curie 10 - pow. 309,64 m²***

Cena netto za miesiąc …………….. x 12 miesięcy = Wartość netto ……………..

Cena oferty = Wartość netto …………… + podatek VAT % …………. = Wartość brutto…………….

CENA OFERTY BRUTTO …………………..zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………zł

*tj. miesięcznie:*

Cena brutto ………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………..zł

***ŁĄCZNIE DLA OBU OBIEKTÓW:***

Cena oferty = Wartość netto …………………. + podatek VAT % ……...... = Wartość brutto …………..

CENA OFERTY BRUTTO …………………..zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………zł

*tj. miesięcznie:*

Cena brutto ………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………..zł

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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**POWIERZCHNIA ZESPOŁU WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH**

**KATOWICE UL. POWSTAŃCÓW 31/LOMPY 16**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gabinety lekarskie**  (w tym Ośrodek Leczenia Uzależnień) **(w m2)** | **Gabinety zabiegowe**  **(w m2)** | **Pracownie diagnostyczne**  **(w m2)** | **Pomieszczenie składowania odpadów medycznych**  **(w m2)** | **Inne ( korytarze, poczekalnie, pokoje socjalne, magazyny biura)**  **(w m2)** | **WC**  **(w m2)** |
| 1 784,24 | 326,35 | 587,38  (w tym Pracownie Poradni Rehabilitacyjnej – 187,25) | 19,04 | 3970,38 | 221,70 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centralne Laboratorium**  **oraz Pracownia Badań Przesiewowych**  **(w m2)** | **Pracownia Patomorfologii**  **(w m2)** | **Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy Dorośli i Dzieci**  **(w m2)** | **Poradnia Skórno – Wenerologiczna**  **(w m2)** |
| Całość powierzchni – **741,96**   * pracownie: 449,36 * inne (korytarze, gabinet kierownika, socjalne, rejestracja): 259,19 * WC: 33,41 | Całość powierzchni – **234,39**   * pracownie: 116,02 * gabinety lekarskie: 21,67 * inne (korytarze, socjalne, biurowe): 85,74 * WC: 10,96 | Całość powierzchni – **278,60**   * pokoje zabiegowe: 56,82 * gabinety lekarskie: 102,26 * inne (korytarze, gabinet kierownika, socjalne, rejestracja): 103,72 * WC: 15,80 | Całość powierzchni – **195,18**   * Pokoje zabiegowe: 45,57 * Gabinety lekarskie: 61,58 * inne (korytarze, socjalne, rejestracja): 66,25 * WC: 21,78 |

**UMYWALKI:** 260 szt. **ILOŚĆ OKIEN: 471szt. (w tym okna piwniczne) – powierzchnia 1200** m².

**ZLEWY:** 37 szt.

**TOALETY:** 71 szt.

**KOSZE NA ŚMIECI:** 500 szt.

**ZAŁĄCZNIK NR 2A**

**POWIERZCHNIA ZESPOŁU WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH**

**ZABRZE UL. M. Skłodowskiej – Curie 10**

**Poradnia dla Chorych na Cukrzycę i Poradnia Alergologiczna – łączna powierzchnia – 309,64m2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gabinety lekarskie (w m2)** | **Gabinety zabiegowe**  **(w m2)** | **Inne ( korytarze, poczekalnie, pokoje socjalne, magazyny) (w m2)** | **WC**  **(w m2)** |
| 111,51 | 27,06 | 154,02 | 17,05 |

**UMYWALKI:** 11 szt.

**ZLEWY:** 3 szt.

**TOALETY:** 4 szt.

**KOSZE NA ŚMIECI:** 14 szt.

**ILOŚĆ OKIEN:** 27 szt. (powierzchnia – 50 m²)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**HARMONOGRAM WYKONYWANIA POSZCZEGÓLNYCH CZYNNOŚCI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Pomieszczenie / rodzaj czynności  M - mycie,  MD - jednoetapowe mycie z dezynfekcją*** | ***Pracownie***  ***Diagnostyczne*** | ***Pracownie diagnostyczne patomorfologii*** | ***Gabinety lekarskie / pielęgniarskie (w tym powierzchnia Ośrodka Leczenia Uzależnień zlokalizowane w piwnicy)*** | ***Gabinety zabiegowe*** | ***Inne pomieszczenia na terenie jednostek (pokoje socjalne itp.)*** | ***Pomieszczenia fizykoterapii rehabilitacji*** | ***Pomieszczenia biurowe (kasa\*)*** | ***Klatki schodowe ciągi komunikacyjne (włącznie z ciągami w piwnicach)*** | ***Piwnice (magazyny, archiwum, magazyn bielizny, warsztat , klub pacjenta\*\*)*** | ***Pomieszczenie odpadów med.*** | ***Windy*** | ***Portiernia***  ***wewnętrzna i zewnętrzna*** | ***Termin wykonania*** |
| 1 | Podłogi | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie M | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie M | 1 x dziennie M | 1 x dziennie M | 1 x dziennie M | 1x dziennie M | 1x dziennie MD | 1 x dziennie M | 1 x dziennie M | - |
|  | Podłogi maszynowe doczyszczanie wraz z konserwacją antypoślizgową | 1 x na kwartał (zgodnie z harmonogramem ustalonym z Zamawiającym) | | | | | | | | | | | | - |
| 2 | Kozetki lekarskie,  fotele zabiegowe, blaty robocze, lodówki z zewnątrz | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie M | 1 x dziennie M | 1 x dziennie  M | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |
| 3 | Drzwi, kafle ścienne, lamperia | 1 x tyg.  MD | 1 x w tyg. MD | 1 x w miesiącu MD | 1 x tyg.  MD | 1 x w miesiącu M | 1 x w miesiącu M | 1 x w miesiącu M | 1 x w miesiącu M oraz w razie potrzeby | 2 x w miesiącu M oraz w razie potrzeby | 3 x tyg. MD  po usunięciu odpadów | 1 x w miesiącu M | 1 x w miesiącu M | - |
| 4 | Umywalki, zlewozmywaki, strefy spryskowe glazury w punkcie wodnym, baterie, podajniki na mydło i dezynfekcję, podajniki na ręczniki | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | \_ | 1 x dziennie MD | 1 x dziennie MD | \_ | \_ | \_ |
| 5 | Meble i krzesła zmywalne, w tym stoliki i krzesła dla dzieci i przewijaki | 1 x w tygodniu MD | 1 x w tygodniu MD | 1 x w tygodniu MD | 1 x dziennie MD | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | \_ | \_ | 1 x w tygodniu M | Piątek (nie dotyczy gabinetów zabiegowych) |
| 6 | Powierzchnie doty­ko­we: strefy dotykowe drzwi, klamki, zmywalne uchwyty mebli, prze­łączniki światła i in. | 1 x dziennie MD | | | | | | | | | | | | - |
| 7 | Sprzęt rehabilitacyjny (rowerki, fotele do ćwiczeń oporowych, tablice do ćwiczeń manualnych | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | 1 x dziennie MD | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |
| 8 | Parapety wewnętrzne | 1 x dziennie M | | | | | | | | | | | | - |
| 9 | Parapety zewnętrzne | 1 x w miesiącu M oraz w razie potrzeby | | | | | | | | | | | | Od 5 do 10 każdego miesiąca |
| 10 | Balkony | 1x w miesiącu M oraz w razie potrzeby | | | | | | | | | | | | Od 5 do 10 każdego miesiąca |
| 11 | Osłony lamp oświetleniowych oraz wentylatory sufitowe ( w uzgodnieniu z Zamawiającym) | 1 x w miesiącu M | | | | | | | | | | | | Od 5 do 15 każdego miesiąca |
| 12 | Lampy bakteriobój­cze, bezcieniowe | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | 1 x w tygodniu M | \_ | 1 x w tygodniu M | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | piątek |
| 13 | Kaloryfery | 1 x w miesiącu M | | | | | | | | | | | | do od 15 do 20 każdego miesiąca |
| 14 | Toalety, prysznice, wraz z wyposaże­niem | 3 x dziennie MD oraz w razie potrzeby  Glazura na ścianach, lamperia - 1 x tyg. MD | | | | | | | | | | | | \_ |
| 15 | Kosze na odpady | 1 x dziennie MD | | | | | | | | | | | | \_ |
| 16 | Dywan o wym. 2 m x 3 m - odkurzanie | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | 1 x dziennie | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |
| 17 | Dywan o wym. 2mx3m- pranie/czyszczenie chemiczne | - | - | - | \_ | - | - | 1 x w roku | \_ | \_ | \_ |  |  | w okresie 01-07.12.2019 r. |
| 18 | Maszynowe doczyszczanie zestalonej parafiny | \_ | 1 x w tygodniu | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | piątek |
| 19 | Wycieraczki - czyszczenie | - | - | - | \_ | - | - | - | 1 x dziennie | - | \_ | - | - |  |
| 20 | Wycieraczki- pranie | - | - | - | \_ | - | - | - | 1 x na kwartał | - | \_ | \_ | \_ | 1-7 dnia miesiąca rozpoczynającego kwartał |
| 21 | Mycie okien | raz na 2 miesiące | | | | | | | | | | | | 1-7 dzień w m-ch: 01, 03, 05, 08, 10, 12 |
| 22 | Sprzątanie po remontach | w razie potrzeby | | | | | | | | | | | | \_ |
| 23 | Mycie drzwi zewnętrznych | 1 x w miesiącu oraz w razie potrzeby | | | | | | | | | | | | Od 20 do 25 każdego miesiąca |
| 24 | Sprzątanie schodów wejściowych i poręczy na zewnątrz budynku | 1 x w tygodniu oraz w razie potrzeby | | | | | | | | | | | | piątek |

\* Pomieszczenie kasy o powierzchni 2,53 m² - 1 x w tygodniu

\*\* Pomieszczenia: magazyn bielizny, klubu pacjenta – 1 x tygodniu, łącznie 59.76 m²; archiwa, magazyny, warsztaty – 1 x w miesiącu, łącznie 859,15 m²

M – mycie

MD – mycie i dezynfekcja

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**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 2023 roku pozycja 1605 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „*Usługa codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31  
i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10*”,prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych *w Katowicach pod numerem* ***ZP/U/2 /24****, oświadczam że:*

* + - 1. *Oświadczam, że* ***nie podlegam / 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. *Oświadczam, że* ***nie podlegam******/ podlegam\**** *wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229   
         z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE   
         nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/5761\**
      3. *Oświadczam, że* ***nie zachodzą / 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)

Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:

a) obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

b) osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub

c) osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia.

2 Zgodnie z treścią 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,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 5**  **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 2023r. pozycja 1605 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na *„Usługę codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10”* 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_2024r. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |
|  |  |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**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 2023r. pozycja 1605 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „*Usługę codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10*” 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***.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

(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 7**

**WYKAZ USŁUG**

**wykonanych lub wykonywanych w okresie 3 ostatnich lat przed upływem terminu składania ofert**

**(a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie)**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest „*Usługa codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz   
w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10*” - znak sprawy: ZP/U/ 2 /24 przedstawiam/my następujące informacje:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Odbiorcy usług | Rodzaj wykonanych usług, zgodny z  wymaganiami postawionymi w Ogłoszeniu | Termin wykonywania  od…… do…. | Wartość  brutto (w zł) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

***UWAGA:***

Na potwierdzenie należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |

**ZAŁĄCZNIK NR 8**

**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 2023 roku pozycja 1605 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE POWSTANIA OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „*Usługa codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10*” prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach pod numerem **ZP/U/ 2 /24**, 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*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 9** |
|  | **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. „*Usługa codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10*” 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |

**ZAŁĄCZNIK Nr 10**

………………………………………………………..……………..

………………………………………………………..……………..

Nazwa i adres Podmiotu

**ZOBOWIĄZANIE INNEGO PODMIOTU[[1]](#footnote-1)**

**do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

**składane na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako ustawa Pzp)**

Ja niżej podpisany ………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu*)

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(nazwa Podmiotu)*

zobowiązujemy się do oddania niżej wymienionych zasobów do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa Wykonawcy)*

na potrzeby realizacji zamówienia pn. **„***Usługa codziennego sprzątania gabinetów lekarskich, poczekalni, pomieszczeń biurowych, ciągów komunikacyjnych oraz wszystkich pomieszczeń Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31 i Lompy 16 oraz w Zabrzu przy ulicy   
M. Skłodowskiej – Curie 10*” - znak sprawy: ZP/U/2/24**”**

1. Oświadczamy, iż:
2. udostępniamy Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie:

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

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

1. zakres naszego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. Oświadczamy, iż zgodnie z art. 118 ustawy Pzp potwierdzamy, że stosunek łączący Nas z ww. Wykonawcą gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów.
2. Oświadczamy, że jesteśmy świadomi, iż w przypadku szkody Zamawiającego powstałej wskutek nieudostępnienia ww. zasobów odpowiadamy wobec Zamawiającego solidarnie z ww. Wykonawcą zgodnie z art. 120 ustawy Pzp.

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

**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:

……………………………………

**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)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 ( podpis Wykonawcy lub osób   
 uprawnionych przez niego)

1. [↑](#footnote-ref-1)