**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 1 – DIAGNOSTYKA MYKOPLAZMY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Zestaw do hodowli, identyfikacji i oceny ilościowej oraz oznaczenia lekowrażliwości mykoplazm wywołujących zakażenia dróg moczowo - płciowych |  | 80 ozn. | nie więcej niż 20 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

Zestaw musi zawierać wszystkie odczynniki potrzebne do wykonania oznaczenia.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 2 – DIAGNOSTYKA KIŁY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań**  | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Zestaw do wykonywania odczynów FTA i FTA ABS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1A | Antygen krętkowy Treponema pallidium |  | 50 ml | 2 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1B | Ultrasonat krętków Reitera |  | 20 ml | 1 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1C | Surowica p/ludzkim gammaglobulinom znakowana izotiocyjanem Fluoresceiny |  | 15 ml | 1 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw do wykonywania odczynu VDRL w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym |  | 500 ozn. | nie więcej niż 250 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **x** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

Zestaw w pozycji nr 2 zawiera wszystkie potrzebne do wykonania oznaczenia odczynniki oraz kontrole dodatnią i ujemną

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 3 – ANTYGEN CHLAMYDIA TRACHOMATIS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto**  | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5.. | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11. | 12. |
| 1 | Zestaw zawierający przeciwciała monoklonalne do wykrywania antygenu Ch.trachomatis metodą immunofluorescencji bezpośredniej |  | **150 ozn.** | **50 ozn.** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Szkiełka kontrolne – kontrola dodatnia  |  | **10 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkiełka kontrolne – kontrola ujemna  |  | **10 szt** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:\****

Odczynniki umożliwiają diagnostykę w następujących materiałach: wymazy z szyjki macicy i cewki moczowej, wymazy z oczu.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 4 – PODŁOŻA DO OZNACZNIA WRAŻLIWOŚCI PRĄTKÓW NA CHEMIOTERAPEUTYKI***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa | Zamawiana Ilość | Wymagana wielkość opakowania | Oferowana ilość opakowania | Cena netto opakowania | Wartość netto | Stawka VAT % | Wartość brutto | Producent | Numer katalogowy |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem streptomycyny 4µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem streptomycyny 8µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem izoniazydu 0,2 µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem izoniazydu 0,4 µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem etambutolu 2µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem etambutolu 4µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem rifampicyny 40µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem rifampicyny 80µg/ml |   | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |   |   |   |   |   |   |   |
| X | RAZEM: | X | X | X | X | X | X |   | X |   | X |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.** |
| ***UWAGA:*** |
| 1. Termin ważności podłóż: co najmniej 3 miesiące od daty dostawy;2. Wykonawca do każdej partii podłóż dołącza świadectwo kontroli jakości lub wskazuje miejsce gdzie można się z nim zapoznać;3. Podłoża L-J z dodatkiem chemioterapeutyku winny być z tej samej serii / w obydwu stężeniach/. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

 (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
 do reprezentowania Wykonawcy

.

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 5 – GAZOMETRIA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań**  | **Cena netto opakowania**  | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| ***A*** | ***GAZOMETRIA:*** |
| 1 | Kasety umożliwiające bezpośrednie oznaczenie co najmniej następujących parametrów: pH, pCO2, pO2, tHb, SO2 (pakowane pojedynczo) |  | 700 szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Mianowany płynny materiał kontrolny:- poziom normal- poziom low- poziom high |  | każdy poziom 20 ampułek |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B** | ***ODCZYNNIKI, KALIBRATORY, MATERIAŁY ZUŻYWALNE – CZĘŚCI ZAMIENNE:*** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***WARTOŚĆ OGÓŁEM:*** |  | ***X*** |  | ***X*** | ***X*** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

1. Oznaczenia wykonywane na analizatorze OPTI CCA – TS2 firmy Opti Medical System.
2. Wykonawca powinien skalkulować wszystkie odczynniki, kalibratory i części zużywalne potrzebne do wykonania wskazanej ilości oznaczeń.
3. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego błędnego ( mniejszego) oszacowania przez Wykonawcę ilości odczynników, materiałów zużywalnych i kalibratorów w stosunku do ilości zamawianych oznaczeń, Wykonawca na pisemne wezwanie Zamawiającego zobowiązuje się do uzupełnienia braków na własny koszt w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania przez Wykonawcę wezwania.
4. Termin ważności kaset umożliwiających bezpośrednie oznaczenie co najmniej następujących parametrów: pH, pCO2, pO2, tHb, SO2 (pakowane pojedynczo) nie krótszy niż 3 miesiące od daty dostawy

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 6 – OZNACZENIE INTERFERONU GAMMA*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| **A** | ***OZNACZENIA*** |
| 2 | Test służący do wykrywania interferonu gamma produkowanego przez limfocyty T pod wpływem ich stymulacji antygenami specyficznymi dla Mycobacterium tuberculosis |  | 1 056 ozn. | 44 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wykonawca kalkuluje ilość odczynników umożliwiającą przeprowadzenie analizy dla 1056 pacjentów.Zestaw odczynników jest kompletny tzn. zawiera WSZYSTKIE odczynniki umożliwiające wykonanie oznaczeniaZestaw umożliwia wykonanie pojedynczego oznaczenia lub procedura wykonania przewiduje możliwość przechowywania materiału do badań w czasie co najmniej 1 miesiąca od pobrania krwi. Oznaczenie nie daje krzyżowych reakcji u pacjentów szczepionych szczepionką BCG |
| **B** | **ELEMENTY DO ZESTAWU UMOŻLIWIAJĄCE WYKONANIE ZAMAWIANEGO OZNACZENIA:**Wykonawca w ***Tabeli B*** proponuje probówki do pobierania krwi w ilości proporcjonalnej do w/wymienionej ilości oznaczeń. Probówki winny być kompatybilne z akcesoriami do pobierania krwi w systemie zamkniętym.Wykonawca uzupełnia poniższą tabelę B o wszystkie elementy zestawu umożliwiające wykonanie zamawianego oznaczenia |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |
| ***UWAGA:*** |
| W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego błędnego ( mniejszego) oszacowania przez Wykonawcę ilości odczynników lub materiałów zużywalnych w stosunku do ilości zamawianych oznaczeń, Wykonawca na pisemne wezwanie Zamawiającego zobowiązuje się do uzupełnienia braków na własny koszt w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania przez Wykonawcę wezwania. Wykonawca dostarcza narzędzia do kalkulowania wyników badań. |  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  do reprezentowania Wykonawcy) |

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 7 – ANDROSTENDION*** |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6 | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Androstendion |   | 1 248 ozn. | 96 ozn. |   |   |   |   |   |   |   |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.*****UWAGA:***1. Zestawy zawierają wszystkie odczynniki (kalibratory, standardy, kontrole) niezbędne do wykonywania oznaczeń.
2. Zestaw zawiera kontrole na co najmniej dwóch różnych poziomach
 | ***UWAGA:**** 1. Dołki reakcyjne opłaszczone co najmniej antygenami B.burgdorferi. B.afzelii, B.garinii;
	2. Obydwie pozycje od jednego producenta
	3. Możliwość podziału płytki reakcyjnej na paski;
	4. Zestaw zawiera wszystkie odczynniki umożliwiające wykonanie oznaczeń
 |
| 1. Płytka reakcyjna z możliwością podziału na paski
2. Metoda oznaczenia: immunoenzymatyczna.
3. Ilość wszystkich odczynników w zestawie wystarcza na wykonanie oznaczeń w 2 transzach z jednego opakowania.
 |  |

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 8**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 8 – DIAGNOSTYKA AUTOIMMUNOLOGICZNA*** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6 | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Zestaw do wykrywania przeciwciał przeciwjądrowych (ANA) metodą immunofluorescencyjną |  | **1 500 ozn.** | nie więcej niż 100 ozn. /10 pól x 10 szkiełek |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.** |
| ***UWAGA:***1. Zestaw zawiera wszystkie odczynniki umożliwiające wykonanie badania.
2. Substratem są komórki HEP 2010 oraz wątroby naczelnych (na jednym szkiełku).
 |  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  do reprezentowania Wykonawcy) |

**ZAŁĄCZNIK NR 9**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |
| --- |
| ***PAKIET NR 9 – ZESTAW DO SZYBKIEGO BARWIENIA WYCINKÓW HISTOPATOLOGICZNYCH*** |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa**  | **Zamawiana Ilość**  | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowania** | **Cena netto opakowania** |  **Wartość netto**  |  **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Zestaw do szybkiego barwienia wycinków metodą Gomori tj. wysrebrzania włókien retikulinowych |  | 1 op. | 100 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |
| ***UWAGA:*** |
| Termin ważności nie może być krótsza niż 11 miesięcy od daty dostarczenia; |  |
|  |  |  |  |  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  do reprezentowania Wykonawcy) |

**ZAŁĄCZNIK NR 10**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 10 – ODCZYNNIKI CHEMICZNE DO PATOMORFOLOGII***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań**  | **Cena netto opakowania**  | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |  |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |  |
| 1 | Kwas octowy 3% |   |  12 l |  1 l |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 | Pirosiarczan sodu |   |  500 g | 100 g |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3 | Eozyna żółtawa rozpuszczalna w wodzie C20H6Br4Na2O5 |   |  1000 g | 100 g |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4 | Kwas nadjodowy (Periodic Acid) |   | 500 g  | 100 g |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5 | Odwapniacz do kości SZYBKI |   | 3 l  | 1 l |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6 | Odwapniacz do kości WOLNY |   |  3 l | 1 l |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |  |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.*****UWAGA:***Termin ważności odczynników co najmniej 12 miesięcy od daty dostawy. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  do reprezentowania Wykonawcy |

**ZAŁĄCZNIK NR 11**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 11 – MATERIAŁY DO PATOMORFOLOGII***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Płyn zamykający do nakrywania szkiełek stosowany w aparacie do nakrywania szkiełek Leica CV 5030 |  | **30 l.** | nie większe niż 0,25 l. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Płyn do przemrażania tkanek stosowany w aparacie Leica CM 1850UV |  | **5 l.** | nie większe niż 0,25 l. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

Termin ważności zestawów nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostarczenia

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 12**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 12 – KSYLEN***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Ksylen cz.d.a. |  | **2 600 l.** | nie większe niż 5 l. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

Termin ważności zestawów nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostarczenia

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 13**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 13 – ALKOHOL***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Alkohol etylowy odwodniony 99,9% skażony do histopatologii. Opakowanie: kanister 5L wykonany z HDPE z zakrętką |  | **2 600 l.** | nie większe niż 5 l. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Spirytus skażony Skład:- etanol stężenie powyżej 94%- aceton poniżej 4%- inne substancje skażające nie więcej niż 1% |  | **100 l** | nie większe niż 5 l |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

Termin ważności zestawów nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostarczenia

.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 14**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 14 – BARWNIKI DO PATOMORFOLOGII***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6 | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Hematoksylina wg Mayera |   | 120 l. | nie większe niż 1 l. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Odczynnik Schiffa |   | 30 l.. | nie większe niż 1 l. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | **X** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

|  |
| --- |
| 1. Wszystkie pozycje od tego samego producenta.
 |
| 1. Data ważności wszystkich odczynników co najmniej 12 miesięcy.
 |
| 1. Wymaganie do pkt 1: Odczynnik stabilny po otwarciu w temperaturze pokojowej co najmniej 7 dni. Po otwarciu możliwość wybarwienia co najmniej 3000 preparatów w jednej porcji (0,5 litra) odczynnika.
 |

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 15**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 15 – PASKI DO OZNACZANIA GLUKOZY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość**  | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania**  | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1. | Paski do oznaczania glukozy we krwi współpracujące z glukometrem w systemie zamkniętym o minimalnych parametrach zgodnych z opisem pod tabelą |  | 4 750 szt | 50 szt |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  |  |  |  |  |  |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

*1. MINIMALNE PARAMETRY GLUKOMETRÓW*:

- monitorowanie glikemii w osoczu,

- zakres pomiaru 10-600 mg/dl,

- wielkość próbki 0,6 mikrolitra,

- czas trwania pomiaru 5 sek.

1. Zamawiający posiada glukometry Glucomaxx. W przypadku oferowania pasków do innych glukometrów spełniających powyższe parametry Wykonawca
w cenie pasków dostarcza 10 szt. Glukometrów wraz z zapewnieniem szkolenia i serwisu.

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 16**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 16 – PASKI SCHIRMERA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7 | 8 | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | **Paski diagnostyczne do badania suchego oka (test Schirmera)** |  | **4 op** | **100 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 17**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 17 – PASKI FLUORESCEINOWE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto**  | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto**  | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | **Paski fluoresceinowe** |  | **10 000 szt.** | **100 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 18**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 18 – TESTY NASKÓRKOWE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Testy naskórkowe zawierające min. 30 alergenów kontaktowych. ***Obligatoryjne alergeny:***1. dwuchromian potasu 0,5% waz; 2. parafenylenodiamina 1,0% waz; 3. mieszanka tiuramów 1,0% waz; 4. siarczan neomycyny 20% waz; 5. chlorek kobaltu (II) sześciowodny 1,0% waz. 6. mieszanka kain III 10% waz.7. siarczan niklu sześciouwodniony 5% waz; 8. 2-hydroksyetylometakrylan 2% waz.9. kalafonia 20% waz; 10. mieszanka parabenów 16% waz. 11. siarczan gentamycyny 20% waz.12. Alkohol lanoliny (alkohol wełny ) 30% waz.13. żywica epoksydowa, bisfenol A 1,0% waz.14. żywica Myroxylon Pereirae (balsam peruwiański) 25 % waz.15. 2-merkaptobenzotiazol 2,0 % waz.16. formaldehyd 1% waz.17.mieszanka zapachowa 18 % waz.18. uwodniony czterochlorek sodowy palladu 3% waz.19. quaternium 15 1,0 % waz.20. propolis 10% waz.21. metylochloroizotiazolin+ Metyloizotiazolin (50 ppm)+ Metylochloroizotiazolin (150 ppm) 0,01% waz.22. bedezonid 0,01% waz.23. 21-piwalan tiksokortolu 0,1% waz.24. wodoronadtlenek linalolu 0,5% waz.25. wodoronadtlenek limonenu0,5% waz.26. metylodibromoglutaronitryl 0,5% waz.27. mieszanka zapachowa II 14% waz.28. hydoksyizoheksylo 3-cyklohekseno-2,4 dimetylo-1 karboksyaldehyd (Lyral) 5,0 % waz.28. hydroksyizoheksylo3-cyklohekseno-2,4-dimetylo-1-karboksyaldehyd (lyral) 5% waz. 29. metyloizotiazolinon 0,2% waz.30. mieszanka barwników tekstylnych 6,6 % waz. |  | **8** zestawów | Zestaw a’ 30 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | x |  | x | X |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 19**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 19 – TESTY PUNKTOWE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań**  | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Testy punktowe – co najmniej 30 alergenów do wyboru wraz z kontrolą dodatnią (histamina) oraz kontrolą ujemną. |  | 374 ml | fiolka nie mniejsza niż 2 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  | **x** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

* + - 1. Zamawiający będzie zamawiał testy wg własnych potrzeb.
			2. Zamawiający zmawia testy po potwierdzeniu dostępności u Wykonawcy.

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

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

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

***ZAŁĄCZNIK NR 20 do SWZ***

***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 odczynników dla potrzeb **Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31,
40-038 Katowice** oferuję realizację przedmiotu zamówienia, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

***PAKIET NR ….* :**

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. Oświadczam, że ***nie podlegam wykluczeniu / podlegam wykluczeniu\****  z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1,2 i 4 ustawy Pzp (\*niepotrzebne skreślić).
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 (\*niepotrzebne skreślić)

1. 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)
2. Oświadczam że wybór naszej oferty ***będzie prowadził /nie będzie prowadził\**** ( niepotrzebne skreślić) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (*jeżeli prowadzi, to Wykonawca wskazuje nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego, wskazuje wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku, wskazuje stawkę podatku od towarów
 i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie) –* (\*niepotrzebne skreślić)

***TAK \*\****  *–* powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………………..……………………..………… ….……………………………………………………

***NIE*** *\*\* – ………………………………………………………………………………………….*

 *\*\*(Wypełnia Wykonawca)*

***Uwaga:****Brak wskazania powyższej informacji będzie jednoznaczny z brakiem powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

1. Oświadczamy, że akceptujemy zawarte w SWZ szczegółowe warunki postępowania i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania OFERTY.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i Projektami umowy stanowiącymi **Załączniki
Nr 25, i Nr 26** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą OFERTĄ, na warunkach określonych
w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że wykonamy w całości zamówienie zgodnie z treścią SWZ.
4. Oświadczam/y, że cena/y brutto zawarta/e w OFERCIE zawiera/ją wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.
5. Oświadczamy, że cena/y podana/e w ofercie nie ulegnie/ą zmianie przez cały okres obowiązywania umowy, za wyjątkiem zmian przewidzianych w SWZ.
6. Oświadczamy, że przyjmujemy termin realizacji zamówienia określony w SWZ.
7. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania
8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia
w postępowaniu.[[1]](#footnote-1)
9. Oświadczam, że jestem związany niniejszą OFERTĄ przez okres wskazany w SWZ od dnia upływu terminu składania ofert przez okres 90 dni.
10. **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: ***sam / 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. OFERTA zawiera następujące Załączniki (wymienić):
2. …………………………………………………………..……………………………
3. …………………………………………………………..……………………………
4. …………………………………………………………..……………………………
5. Oferta zawiera ……… kolejno ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r.

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

 ( podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
 do reprezentowania Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 21**

**STANDARDOWY FORMULARZ JEDNOLITEGO EUROPEJSKIEGO DOKUMENTU ZAMÓWIENIA**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

 ***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[2]](#footnote-2).* Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[3]](#footnote-3)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer [], data [], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S: 2024/S [ ][ ][ ]–[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

**Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia**

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[4]](#footnote-4)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa:  | Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach40 – 038 Katowice ul. Powstańców 31  |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | **Sukcesywna dostawa odczynników**  |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[5]](#footnote-5): | Odczynniki do badań diagnostycznych |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[6]](#footnote-6): | **ZP/D/4/24** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: Informacje na temat wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ][ ] |
| Adres pocztowy:  | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[7]](#footnote-7):Telefon:Adres e-mail:Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……][……][……][……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[8]](#footnote-8)? | [] Tak [] Nie – **WPISAĆ JAKIM** |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[9]](#footnote-9):** czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[10]](#footnote-10) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego?**Jeżeli tak,**jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych?Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie[…][….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:**Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.** a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[11]](#footnote-11):d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?**Jeżeli nie:****Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.** **WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim?Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:  | a) [……]b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……]c) [……]d) [] Tak [] Niee) [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[12]](#footnote-12)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. |
| **Jeżeli tak**:a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.):b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia:c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]b): [……]c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy**

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko, wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane:  | [……],[……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

**C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V?  | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[13]](#footnote-13).

**D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega**

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] NieJeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców: […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

1. udział w **organizacji przestępczej[[14]](#footnote-14)**;
2. **korupcja[[15]](#footnote-15)**;
3. **nadużycie finansowe[[16]](#footnote-16)**;
4. **przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną[[17]](#footnote-17)**
5. **pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[18]](#footnote-18)**
6. **praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[19]](#footnote-19)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje?  | [] Tak [] NieJeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……][[20]](#footnote-20) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[21]](#footnote-21):a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania;b) wskazać, kto został skazany [ ];**c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]b) [……]c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[22]](#footnote-22) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[23]](#footnote-23) („samooczyszczenie”)? | [] Tak [] Nie  |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[24]](#footnote-24): | [……] |

**B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać:a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy;b) jakiej kwoty to dotyczy?c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków:1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:* Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?
* Proszę podać datę wyroku lub decyzji.
* W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:

2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]b) [……]c1) [] Tak [] Nie* [] Tak [] Nie
* [……]
* [……]

c2) [ …]d) [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]b) [……]c1) [] Tak [] Nie* [] Tak [] Nie
* [……]
* [……]

c2) [ …]d) [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [[25]](#footnote-25)[……][……][……] |

**C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[26]](#footnote-26)**

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[27]](#footnote-27)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)?[] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji:a) **zbankrutował**; lubb) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lubc) zawarł **układ z wierzycielami**; lubd) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[28]](#footnote-28); lube) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lubf) jego działalność gospodarcza jest zawieszona?**Jeżeli tak:*** Proszę podać szczegółowe informacje:
* Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[29]](#footnote-29).

Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie* [……]
* [……]

(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[30]](#footnote-30)**? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca wie o jakimkolwiek **konflikcie interesów[[31]](#footnote-31)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że:nie jest winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;b) nie **zataił** tych informacji;c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; orazd) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | [] Tak [] Nie |

**D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia?Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][[32]](#footnote-32) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki:  | [] Tak [] Nie[……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja α lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

α: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji  w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**A: Kompetencje**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompetencje** | **Odpowiedź** |
| **1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym** prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy[[33]](#footnote-33):Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | […](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| **2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:**Czy konieczne jest **posiadanie** określonego **zezwolenia lub bycie członkiem** określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] NieJeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| 1a) Jego („ogólny”) **roczny obrót** w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący**:i/lub**1b) Jego **średni** roczny **obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[34]](#footnote-34) (**)**:**Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] waluta(liczba lat, średni obrót)**:** [……], [……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 2a) Jego roczny („specyficzny”) **obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem** i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:**i/lub**2b) Jego **średni** roczny **obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[35]](#footnote-35):**Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] waluta(liczba lat, średni obrót)**:** [……], [……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę: | [……] |
| 4) W odniesieniu do **wskaźników finansowych[[36]](#footnote-36)** określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e):Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y[[37]](#footnote-37) – oraz wartość):[……], [……][[38]](#footnote-38)(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 5) W ramach **ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego** wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę:Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 6) W odniesieniu do **innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych**, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, żeJeżeli odnośna dokumentacja, która **mogła** zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**C: Zdolność techniczna i zawodowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zdolność techniczna i zawodowa** | **Odpowiedź:** |
| 1a) Jedynie w odniesieniu do **zamówień publicznych na roboty budowlane**:W okresie odniesienia[[39]](#footnote-39) wykonawca **wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju**: Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]Roboty budowlane: [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 1b) Jedynie w odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi**:W okresie odniesienia[[40]](#footnote-40) wykonawca **zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju**:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych[[41]](#footnote-41): | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Opis | Kwoty | Daty | Odbiorcy |
|  |  |  |  |

 |
| 2) Może skorzystać z usług następujących **pracowników technicznych lub służb technicznych[[42]](#footnote-42)**, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości:W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót: | [……][……] |
| 3) Korzysta z następujących **urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości**, a jego **zaplecze naukowo-badawcze** jest następujące:  | [……] |
| 4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy **zarządzania łańcuchem dostaw** i śledzenia łańcucha dostaw: | [……] |
| 5) **W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:**Czy wykonawca **zezwoli** na przeprowadzenie **kontroli[[43]](#footnote-43)** swoich **zdolności produkcyjnych** lub **zdolności technicznych**, a w razie konieczności także dostępnych mu **środków naukowych i badawczych**, jak również **środków kontroli jakości**? | [] Tak [] Nie |
| 6) Następującym **wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi** legitymuje się:a) sam usługodawca lub wykonawca:**lub** (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia):b) jego kadra kierownicza: | a) [……]b) [……] |
| 7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące **środki zarządzania środowiskowego**: | [……] |
| 8) Wielkość **średniego rocznego zatrudnienia** u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące | Rok, średnie roczne zatrudnienie:[……], [……][……], [……][……], [……]Rok, liczebność kadry kierowniczej:[……], [……][……], [……][……], [……] |
| 9) Będzie dysponował następującymi **narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi** na potrzeby realizacji zamówienia: | [……] |
| 10) Wykonawca **zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom[[44]](#footnote-44)** następującą **część (procentową)** zamówienia: | [……] |
| 11) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**:Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności.Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności.Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie[] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 12) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**:Czy wykonawca może przedstawić wymagane **zaświadczenia** sporządzone przez urzędowe **instytuty** lub agencje **kontroli jakości** o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?**Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie[…](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić **zaświadczenia** sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych **norm zapewniania jakości**, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?**Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie[……] [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić **zaświadczenia** sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych **systemów lub norm zarządzania środowiskowego**?**Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące **systemów lub norm zarządzania środowiskowego** mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie[……] [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:**

**Wykonawca oświadcza, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ograniczanie liczby kandydatów** | **Odpowiedź:** |
| W następujący sposób **spełnia** obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów:W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla **każdego** z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty:Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej[[45]](#footnote-45), proszę wskazać dla **każdego** z nich: | [….][] Tak [] Nie[[46]](#footnote-46)(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[47]](#footnote-47) |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[48]](#footnote-48)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[49]](#footnote-49)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach uzyskał dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* postępowania o udzielenie zamówienia: pod nazwą ***ZP/D/4/24 – „Sukcesywna dostawa odczynników”***  (adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis

*\* niepotrzebne skreślić*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 22 do SWZ** |
|  | **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 *„Sukcesywną dostawę odczynników”* 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 23 do SWZ** |
|  | **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**

**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 „Sukcesywną dostawę odczynników” 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 w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 108 ust. 1 pkt 3-6 ustawy są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

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

*UWAGA:*

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienie, oświadczenie składa, na wezwanie Zamawiającego, każdy z Wykonawców.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 24 do SWZ** |
|  | **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 WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA,
O KTÓRYM MOWA W ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania pn. „Sukcesywna dostawa odczynników” dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach z siedzibą: 40-038 Katowice ul. Powstańców 31,; 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)* |

1. W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.
W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-3)
4. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-6)
7. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-7)
8. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

**Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-8)
9. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-9)
10. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-10)
11. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-12)
13. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-14)
15. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-15)
16. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-18)
19. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-22)
23. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-23)
24. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-24)
25. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-25)
26. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-26)
27. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-27)
28. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-28)
29. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-29)
30. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-31)
32. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-32)
33. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-37)
38. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-40)
41. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-41)
42. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-42)
43. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-43)
44. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-47)
48. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-48)
49. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-49)