**ZAŁĄCZNIK NR 1A**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PAKIET NR 1 – ZESTAW DO POBIERANIA KRWI W SYSTEMIE ZAMKNIĘTYM WRAZ Z DZIERŻAWĄ APARATU DO ODCZYTU OB.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Jednostka miary** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań po przeliczeniu** | | **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. |
| **A** | **ZESTAW DO POBIERANIA KRWI W SYSTEMIE ZAMKNIĘTYM** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Probówki z aktywatorem wykrzepiania o objętości 4 ml  (+/-10%) | |  | 139 800 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 2 | Probówki z aktywatorem wykrzepiania o objętości 6 ml (+/-10%) | |  | 10 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 3 | Probówki do analizy surowicy  z żelem separującym o objętości 5ml (+/-10%) | |  | 12 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 4 | Probówki do analizy surowicy z trombiną o objętości nie mniejszej niż 3,5 ml i nie większej niż 5 ml z żelem separującym lub bez | |  | 1 600 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 5 | Probówki do badań wymagających inhibitorów enzymów proteolitycznych z EDTA i aprotyniną o objętości nie mniejszej niż 4 ml i nie większej niż 5 ml | |  | 5 500 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 6 | Probówki do badań koagulologicznych z 3,2 % cytrynianu sodu o objętości 3ml (+/-10%) | |  | 10 500 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 7 | Probówki do analiz krwi pełnej z K2EDTA o objętości 2 ml (+/-10%) | |  | 81 200 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 8 | Probówki do oznaczania glukozy z NaF i szczawianem potasu  o objętości 2 ml (+/-10%) | |  | 12 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **9\*\*** | **Probówki do oznaczania OB z krwi pełnej - K2EDTA o objętości 2 ml (+/- 10%), kompatybilne z proponowanym aparatem do oznaczania OB** | |  | 500 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **Probówki do oznaczania OB z krwi pełnej - cytrynian sodu, kompatybilne z proponowanym aparatem do oznaczania OB** | |  | 8 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 10 | Probówki do analizy osocza  z heparyną sodową o objętości  6 ml (+/-10%) | |  | 200 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 11 | Igły do systemowego pobierania krwi /0.8 mm x 38 mm/ | |  | 106 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 12 | Igły z wizualną kontrolą prawidłowości wkłucia 0,8 | |  | 26 400 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 13 | Igły motylkowe 0.8 mm. długość wężyka nie mniej niż 17 cm z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym | |  | 24 500 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **14\*\*** | **Igły systemowe z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym /0.8 mm  x 32 – 38/ mm** | |  | **3 000** | **szt.** |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **igły systemowe  z uchwytem z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym /0.8 mm x 38/** | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 15 | Uchwyty do igieł systemowych | |  | 169 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 16 | Stazy automatyczne wielokrotnego użytku | |  | 258 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 17 | Probówki do badań koagulologicznych 3,2% cytrynianu sodu o objętości 2 ml (+/- 10%) | |  | 6 000 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 18 | Probówki do analizy osocza z heparyną litową o objętości 4 ml (+/- 10%) | |  | 200 | szt. |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **B** | **POZOSTAŁE ELEMENTY UMOŻLIWIAJĄCE POBIERANIE KRWI ORAZ WYKONANIE OZNACZENIA OB\*\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  |  | | **DO ILOŚCI PODANYCH POWYŻEJ** |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| **…** |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | **zł** | | **x** | | **zł** | **x** | **x** |

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

***UWAGA:***

* + - 1. **\*\*Wykonawca, który oferuje w pozycji nr 9:**

1. Probówki do oznaczania OB z krwi pełnej - K2EDTA o objętości 2 ml (+/-10%), kompatybilne z proponowanym aparatem do oznaczania OB" wypełnia wyłącznie w tabeli kolumny odnoszące się do pozycji nr 9 podpunkt a).
2. Wykonawca, który proponuje "Probówki do oznaczania OB z krwi pełnej - cytrynian sodu, kompatybilne z proponowanym aparatem do oznaczania OB" wypełnia wyłącznie w tabeli kolumny odnoszące się do pozycji nr 9 podpunkt b).
   * + 1. **\*\*Wykonawca, który oferuje w pozycji Nr 14**:
     1. Igły z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym – podaje ilość igieł z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym i proporcjonalną ilość uchwytów wypełnia wyłącznie kolumny odnoszące się do pozycji nr 14 podpunkt a),
     2. Igły z uchwytem z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym – podaje ilość igieł oraz proporcjonalną ilość uchwytów z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym wypełnia wyłącznie kolumny odnoszące się do pozycji nr 14 podpunkt b),

.

* + - 1. \*\*\***Wykonawca wypełnia tabelę B w przypadku, gdy zaproponowany przez niego system przewiduje wykorzystanie innych niezbędnych do pobrania krwi elementów oraz wykonania oznaczenia OB, a nie wymienionych w tabeli A.**
    1. W przypadku, gdy Zamawiający stwierdzi, że zaoferowane w tabeli „B” ilości okażą się niewystarczające do wykorzystania pełnej ilości asortymentu określonego w tabeli A, Wykonawca będzie zobowiązany do dostarczenia brakującego asortymentu nie dookreślonego w tabeli B nieodpłatnie.
       1. Wszystkie elementy systemu zamkniętego do pobierania krwi muszą być ze sobą kompatybilne.
       2. Wszystkie elementy systemu zamkniętego do pobierania krwi pochodzące od jednego producenta z wyłączeniem pozycji nr 16 ( stazy automatyczne wielokrotnego użytku).
       3. Wykonawca 1 raz w roku zapewnia kontrolę zewnatrzlaboratoryjną przedstawiając miejsce (producent, firma) oraz harmonogram ( czas przeprowadzenia kontroli)
       4. Wykonawca zapewnia prowadzenie przez Zamawiającego wewnętrznej kontroli laboratoryjnej na co najmniej 2 poziomach wykonywanych codziennie, przynajmniej naprzemiennie na proponowanych poziomach

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

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

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

***ZAŁĄCZNIK NR 1 B***

**FORMULARZ WYMAGANYCH PARAMETRÓW**

**ZESTAWÓW DO POBIERANIA KRWI W SYSTEMIE ZAMKNIĘTYM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYSZCZEGÓLNIENIE WYMAGANYCH WARUNKÓW / PARAMETRÓW \*\*** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| 1 | System próżniowy – próżnia kalibrowana na etapie produkcji | TAK / NIE |
| 2 | Probówki umożliwiające współpracę z analizatorami tj. immunochemicznym, hematologicznym, biochemicznym bez stosowania dodatkowych elementów | TAK / NIE |
| 3 | Zamknięcie probówek umożliwia ich wielokrotne zamykanie i otwieranie | TAK / NIE |
| 4 | Wszystkie elementy systemu zamkniętego do pobierania krwi pochodzące od jednego producenta z wyłączeniem pozycji nr 16 ( stazy automatyczne wielokrotnego użytku). | TAK / NIE |
| 5 | Wszystkie elementy do pobierania krwi muszą być ze sobą kompatybilne. | TAK / NIE |
| 6 | Każda pojedyncza probówka posiada datę ważności. | TAK / NIE |

***\*UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.

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

**Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia posiada w/w parametry.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

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

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

***ZAŁĄCZNIK NR 1C***

**FORMULARZ WYMAGANYCH PARAMETRÓW**

**APARATU DO ODCZYTU OB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **WYSZCZEGÓLNIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW\*\*** | | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| 1 | Producent – wypełnić ……………………………………………….. | | – |
| 2 | Model / typ – **wypełnić** ………………………………………………… | | – |
| 3 | Rok produkcji (nie wcześniej niż 2017) - **wypełnić** ……………..…… | | – |
| 4**\*\*\*** | Urządzenie fabrycznie nowe | | TAK / NIE |
| Urządzenie używane | | TAK / NIE |
| 5 | Automatyczny aparat do pomiaru szybkości opadania krwinek czerwonych – OB | | TAK / NIE |
| 6 | Oznaczanie OB w krwi wersenianowej – K2EDTA lub cytrynianowej – cytrynian sodu | | TAK / NIE |
| 7 | Aparat w pełni kompatybilny do systemu próżniowego ( probówek do oznaczania OB ), zaoferowanego przez Wykonawcę | | TAK / NIE |
| 8 | Aparat wyposażony w czytnik kodów paskowych oraz drukarkę | | TAK / NIE |
| 9 | **Etap mieszania prób krwi jest zintegrowany z analizatorem**: | | |
| a) | wewnętrzny system mieszania probówek – *KRYTERIUM OCENNE* | TAK / NIE |
| b) | Wykonawca dostarcza mieszadło zewnętrzne | TAK / NIE |
| 10 | Aparat współpracujący z systemem informatycznym KS SOLAB firmy Kamsoft funkcjonującym w Centralnym Laboratorium. Koszty podłączenia aparatu do sieci komputerowej ponosi Wykonawca ( w tym konfigurację w zakresie wyników pacjentów – umożliwiających elektroniczne przekazywane oraz wydruk i konfigurację w zakresie kontroli jakości. | | TAK / NIE |

***UWAGA:***

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

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

Na potwierdzenie parametrów **wymaganych określonych w pkt 4 oraz 10** Wykonawca składa oświadczenie

**4\*\*\* - Jeżeli urządzenie jest używane, przed instalacją zostanie wyserwisowane przez autoryzowany serwis. Na potwierdzenie Wykonawca, przed instalacją urządzenia, dostarczy Zamawiającemu dokument / protokół potwierdzający powyższe.**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***ZAŁĄCZNIK NR 1D***

**FORMULARZ CENOWY**

**DZIERŻAWA APARATU DO ODCZYTU OB  
NA OKRES 24 MIESIĘCY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa analizatora / Producent** | **Cena jednostkowa netto miesięcznie** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Cena brutto miesięcznie** | **Wartość netto**  **za cały okres dzierżawy  (24 m-cy)** | **Wartość brutto**  **za cały okres dzierżawy  (24 m-cy)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | **- zł** | **- zł** |

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

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

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

***ZAŁĄCZNIK NR 1 E***

***– KRYTERIA DODATKOWO OCENIANE –***

| ***Lp.*** | ***KRYTERIA DODATKOWO OCENIANE\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Wszystkie probówki plastikowe | TAK / NIE\* |
| 2 | Zabezpieczenie przeciwzakłuciowe zintegrowane z igłą | TAK / NIE\* |
| 3 | Aparat do oznaczania OB z wbudowanym mieszadłem wewnętrznym | TAK / NIE\* |

***\*UWAGA:***

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

**Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia posiada w/w parametry**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

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

1. W ramach zamówienia Sukcesywna dostawa zestawów do pobierania krwi w systemie zamkniętym wraz z dzierżawą aparatu do odczytu OB.” ***- Z*nak sprawy*:* ZP/D/ 6 /25**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

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

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

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

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

***+ KRYTERIA*** ***DODATKOWO OCENIANE – ZAŁĄCZNIK NR 1E do SWZ***

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).).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

|  |
| --- |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest**  **oświadczenie**:  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*  *NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |
| ***reprezentowany przez:***  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |

***– OŚWIADCZENIE WYKONAWCY –***

Oświadczam, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia, posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie  
z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2024 roku, pozycja 1620  
z późniejszymi zmianami).

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

(miejscowość i data)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 4**  **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 2024r. pozycja 1320 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na *„*Sukcesywna dostawa zestawów do pobierania krwi w systemie zamkniętym wraz z dzierżawą aparatu do odczytu OB*”* 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 5**

**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 2024 roku pozycja 1320 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Sukcesywna dostawa zestawów do pobierania krwi w systemie zamkniętym wraz z dzierżawą aparatu do odczytu OB”,prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych *w Katowicach pod numerem* ***ZP/D 6 /25****, oświadczam że:*

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

\*  *Niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

(miejscowość i data)

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

**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 2024r. pozycja 1320 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Sukcesywna dostawa zestawów do pobierania krwi w systemie zamkniętym wraz z dzierżawą aparatu do odczytu OB” 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***.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 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**

**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 2024 roku pozycja 1320 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE POWSTANIA OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Sukcesywna dostawa zestawów do pobierania krwi w systemie zamkniętym wraz z dzierżawą aparatu do odczytu OB” prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach pod numerem **ZP/D/ 6 /25**, 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*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

(miejscowość i data)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 8** |
|  | **Zamawiający**:  Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  40-038 Katowice ul. Powstańców 31 |
| ***Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie****:*  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| ***reprezentowany przez:***  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

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

Na potrzeby postępowania pn. „Sukcesywna dostawa zestawów do pobierania krwi w systemie zamkniętym wraz z dzierżawą aparatu do odczytu OB” dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice; prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice; działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie, oświadczam, że:

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

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

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

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 9**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

**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)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 rok

(miejscowość i data)

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