Numer sprawy: **A.I.271.1.7.2022** *Załącznik nr 1 do SWZ*

 Zamawiający:

Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny
im. prof. Bogusława Frańczuka

Al. Modrzewiowa 22, Kraków

FORMULARZ OFERTY

**Wykonawca:**

……………………………………..……

……………………………………..……

*(****pełna nazwa/firma, adres****), (jeśli dotyczy-wskazać Wykonawców ubiegający się wspólnie o zamówienie)*

.......................................................................

*(****województwo****)*

**reprezentowany przez:**

…………………………………………...…..

*(imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji)*

.......................................................................

*(****telefon kontaktowy****)*

**A.**

**Adres skrzynki ePUAP Wykonawcy: …………………………………….**

**Nr KRS (jeżeli dotyczy): …………………………………….…..**

**Nr NIP: …………………………………….…..**

**Adres email: …………………………………………**

**B.**

W związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa systemu stabilizacji głowy do zabiegów chirurgicznych oraz zestawu neurochirurgicznego do chirurgii kręgosłupa na potrzeby Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka”**, składam niniejszą ofertę i zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. **Cena brutto wykonania zamówienia w części 1**: **…………………………… PLN,**

 **w tym:**

 **stawka VAT …. %,**

**Okres gwarancji wynosi: …….. miesięcy** (minimum 24 miesięcy),

**Czas naprawy gwarancyjnej wynosi: do ……… dni** (maksymalnie do 7 dni).

1. **Cena brutto wykonania zamówienia w części 2**: **…………………………… PLN,**

 **w tym:**

 **stawka VAT …. %,**

**Okres gwarancji wynosi: …….. miesięcy** (minimum 24 miesięcy),

**Czas naprawy gwarancyjnej wynosi: do ……… dni** (maksymalnie do 7 dni).

**C.**

1. **Oświadczam, że podmiot który reprezentuje jest:**
* mikro przedsiębiorcą \*
* małym przedsiębiorcą \*
* średnim przedsiębiorcą \*
* nie jestem mikro, małym lub średnim przedsiębiorcą

**\* należy zaznaczyć/podkreślić właściwe**

[**Mikro przedsiębiorstwo**: 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.

- zgodnie z Zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikro przedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych].

1. **Oświadczam, że podmiot który reprezentuje jest:**
* osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczej\*
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej\*
* inny \*, należy podać jaki (np. Spółka): …………….….

**\* Należy zaznaczyć/podkreślić właściwe**

**D.**

**Wnioskuję, aby Zamawiający, stosownie do uprawnienia przywołanego w pkt 7.4. SWZ samodzielnie pobrał informacje zawarte w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych, tj.odpowiednio informacje z Krajowego Rejestru Sądowego i/lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej \***

\* przekreślić, jeśli Wykonawca nie wyraża za zgody (i załączyć stosowny dokument do oferty)

**E.**

1. Części zamówienia, jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom oraz ich nazwa (**wypełnić tylko jeżeli dotyczy**): ...................................................................................................................................
2. Warunki płatności: zgodnie z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik do Specyfikacji warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że istotne postanowienia zawarte we wzorze umowy oraz pozostałe dokumenty został przez nas zaakceptowane. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych we wzorze umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych, przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie 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).*

Uwaga: 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 może nastąpić np. przez jego wykreślenie).

1. **Osobą/ami upoważnioną/ymi do podpisania umowy w przedmiotowym postępowaniu jest/są:**……………………………………………………………………………………………..…………
2. Adres do korespondencji (**wypełnić tylko jeśli** jest inny niż na stronie nr 1 Formularza Oferty):

………………………………….……………………………………..….. (adres, telefon, e-mail)

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.7.2022** *Załącznik nr 2 cz. 1 do SWZ* ***(wzór)***

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa systemu stabilizacji głowy do zabiegów chirurgicznych oraz zestawu neurochirurgicznego do chirurgii kręgosłupa na potrzeby Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka”,** prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Uwaga:**

**Należy wybrać jedną z poniższych opcji poprzez podkreślenie /wypełnienie lub skreślenie niewłaściwej**

**a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawyPzp.**

***lub***

*b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu w okolicznościach określonych w …… (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5), ponieważ spełniłem łącznie wszystkie przesłanki z art. 110 ust 2 ustawy Pzp.*

*Na powyższe przedstawiam następujące dowody dla wykazania mojej rzetelności:*

*………………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………*

**c) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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.**

**2. OŚWIADCZENIE O RELACJI WYKONAWCY DO INNYCH PODMIOTÓW POTENCJALNIE UDOSTĘPNIAJĄCYCH SWOJE ZASOBY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

**Uwaga:**

**Należy wypełnić w zależności do sytuacji podmiotowej.**

**Nie wypełnienie niniejszego pkt oznacza, że Wykonawca nie korzysta z zasobów innych podmiotów.**

Oświadczam, że powołuję się w niniejszym postępowaniu, na zasoby następującego podmiotu:

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

*podać pełną nazwę/firmę (imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej), adres, a także: NIP/REGON (jeżeli posiada)*

Oświadczenie/-enia ww. podmiotu/-ów składam wraz z niniejszym oświadczeniem (załącznik nr 2 cz. 2).

**3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

**Wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.7.2022** *Załącznik nr 2 cz. 2 do SWZ* ***(wzór)***

**Uwaga:**

**Część oświadczenia wypełniana jest przez podmiot udostępniający zasoby, wyłącznie w przypadku korzystania przez Wykonawcę z zasobów takiego pomiotu na potrzeby realizacji zamówienia publicznego**

**Podmiot udostępniający zasoby:**

Zarejestrowana nazwa (firma), a w przypadku osób fizycznych imię i nazwisko:

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

Zarejestrowany adres (siedziba), a w przypadku osób fizycznych adres zamieszkania:

ul.……………………………………………………………………………….............................................................

kod \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość ………………..……….......................................................................................

NIP (nie dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej): ……………………….……..……...........................................................................................................................

OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO SWOJE ZASOBY WYKONAWCY

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.**„** **Dostawa systemu stabilizacji głowy do zabiegów chirurgicznych oraz zestawu neurochirurgicznego do chirurgii kręgosłupa na potrzeby Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka”**, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* oświadczam, co następuje:

**Uwaga:**

**Należy wybrać jedną z poniższych opcji poprzez podkreślenie /wypełnienie lub skreślenie niewłaściwej**

**Nie wybranie żadnej z opcji oznacza złożenie oświadczenia zgodnie z lit. a) poniżej**

**a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.**

*lub*

*b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu w okolicznościach określonych w …… (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5), ponieważ spełniłem łącznie wszystkie przesłankiz art. 110 ust 2 ustawy Pzp.*

*Na powyższe przedstawiam następujące dowody dla wykazania mojej rzetelności:*

*………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………*

c) **Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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**.

**Wnioskuję ponadto, aby Zamawiający samodzielnie pobrał informacje zawarte w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych, tj. odpowiednio informacje z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) i/lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.7.2022** *Załącznik nr 5 do SWZ* ***(wzór)***

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp**

**w zakresie podstaw do wykluczenia z postępowania**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa systemu stabilizacji głowy do zabiegów chirurgicznych oraz zestawu neurochirurgicznego do chirurgii kręgosłupa na potrzeby Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**”, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* potwierdzam aktualność informacji zawartych w oświadczeniu, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego tj.:

**1) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.**

**2) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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.**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.7.2022** *Załącznik nr 6 do SWZ* ***(wzór)***

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY WSPÓLNIE

UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

Dotyczy postępowania pn. **„Dostawa systemu stabilizacji głowy do zabiegów chirurgicznych oraz zestawu neurochirurgicznego do chirurgii kręgosłupa na potrzeby Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**”, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie

**Wykonawca** ……………………………………………….. (nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące dostawy w trakcie realizacji przedmiotowego zamówienia publicznego:

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

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

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

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

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

*(wskazań zakres dostaw/usług/robót budowlanych)*

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM