Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ……………….. data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

 Chorób Serca

 ul. M.C.Skłodowskiej 9

 41-800 Zabrze

 Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na relokację aparatury medycznej ( spr. nr 54/EZP/19 ) , oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**………………………. zł brutto, słownie : …………………………………………………**

**Termin płatności** ustalamy do 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załączniku nr 4 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala.
6. Oświadczam, że do realizacji zamówienia będę dysponował kodami serwisowymi do przenoszonego urządzenia.
7. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………
8. Jestem małym \*/średni\*/dużym\* przedsiębiorstwem .( niepotrzebne skreślić )

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ..................................................
2. ..................................................
3. .................................................. .........................................................

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 2

Oświadczenie

składane na podstawie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Relokację aparatury medycznej (spr. nr 54/EZP/19)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

3. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu .

........................................................ dnia ................................ r.

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

(podpis)

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

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ......ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

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

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

 do reprezentacji Wykonawcy)

Załącznik nr 3

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Ilość  | Cena jednostkowa netto | Stawka VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| Relokacja aparatury medycznej zgodnie z załącznikiem nr 5 | 1 kpl. |  |  |  |  |

~~Termin wykonania : …………….. ( 14 , 21 , 28 dni )~~

~~Gwarancja na roboty instalacyjne : ………………. ( 6 , 12 , 24 m-ce )~~

~~Termin płatności : ……………. ( 30 , 60 dni )~~

……………………………

Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 8

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

 Wykonawca

**Wykaz usług**

**spełniający wymogi specyfikacji istotnych warunków zamówienia**

**2 usługi demontażu angiografu lub tomografu komputerowego lub rezonansu magnetycznego, przeniesienia oraz ponownego uruchomienia tego urządzenia w nowej lokalizacji o wartości usługi min. 200.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Zakres świadczonych usług | Nazwa Zamawiającego | Wartość usługi | Data wykonania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 Data Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 9

**Wykaz osób/podwykonawców, które będą wykonywać zamówienie**

**i/lub będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funkcja** | **Imię i nazwisko****osób, które będą wykonywać zamówienie i/lub będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia** | **Wymagane uprawnienia/****doświadczenie**  | **Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych i wykształcenia** | **Opis posiadanego doświadczenia** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania\*\*****(bezpośrednia – stosunek, pracy, stosunek cywilno-prawny, wspólnik;, pośrednia – zasoby podmiotu trzeciego)** |
| Koordynator relokacji |  | Wymogi - wykształcenie wyższe techniczne, biegła znajomość języka angielskiego, przeszkolenie z zakresu min. relokacji, konfiguracji, diagnostyki i serwisowania angiografu potwierdzone certyfikatem wystawionym przez producenta angiografu, co najmniej 5 lat doświadczenia zawodowego |  |  |  |  |

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

 data Podpis Wykonawcy

\*są to wymagania Zamawiającego, które nie podlegają modyfikacji przez Wykonawców

\*\*w przypadku gdy wykonawca będzie polegał na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów zobowiązany jest przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania ww. zasobów do dyspozycji na okres korzystania z nich przy wykonaniu zadania