**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**Pakiet nr 1 - Chłodziarka farmaceutyczna - 1 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji: **2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | ***Parametry techniczno-użytkowe*** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| * + - * 1. ***Chłodziarka farmaceutyczna - parametry techniczno-użytkowe*** | | |
|  | ***Wymiary:***  Wysokość: 1600 ÷ 2000 mm  Szerokość: 700 ÷ 1000 mm  Głębokość: 700 ÷ 800 mm | \*Wysokość: ………………….  Szerokość: …………………  Głębokość: ……………….. |
|  | Pojemność brutto: 500-700 l | Pojemność: …………… |
| 3. | Zapewnia utrzymanie temperatury w zakresie:  2-8°C. | \* |
| 4. | Kontrola temperatury sterowana elektronicznie, z więcej niż jednym punktem odczytu temperatury. | \* |
| 5. | Rozkład temperatur równomierny w całej komorze chłodniczej - chłodziarka musi być wyposażona w wymuszony wewnętrzny obieg powietrza (wentylator) | \* |
| 6. | Zainstalowany system odszraniający nie może powodować nadmiernego wzrostu temperatury w komorze chłodniczej powyżej wartości granicznej (tutaj 8°C). | \* |
| 7. | Zamontowany system domykający drzwi oraz alarm zbyt długiego ich otwarcia | \* |
| 8. | Drzwi lodówki przeszklone | \* |
|  | Wyposażona w legalizowany system kontroli temperatury z awaryjnym powiadamianiem SMS (krótka wiadomość tekstowa) | \* |
|  | Zewnętrzny, łatwo dostępny panel sterujący | \* |
|  | Zewnętrzny cyfrowy wyświetlacz temperatury | \* |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny w przypadku przekroczenia temperatury w zakresie 2-8°C. | \* |
|  | Alarm awarii zasilania | \* |
|  | Automatycznie odszranianie | \* |
|  | Drzwi do montażu obustronnego | \* |
|  | Cyfrowy monitoring z opcją eksportu danych na komputer poprzez wbudowany w urządzenie nośnik USB lub równoważny tzn. Zamawiający oczekuje aplikacji, która będzie monitorować temperaturę przechowywania produktów leczniczych w zakresie temperatur: 2÷8°C, informacje będą w języku polskim, aplikacja musi działać na minimum Windows 7. | \* |
|  | Półki druciane - min. 5 szt | \* |
|  | Podać nośność półek | Nośność półek: …………………………\* |
| * + - * 1. ***Warunki , gwarancji i serwisu, inne*** | | |
|  | W okresie bezpłatnej gwarancji możliwość całodobowego zgłaszania awarii/usterek | \* |
|  | Deklaracja zgodności | \* |
|  | Świadectwo ISO 9001 oraz 14001 | \* |
|  | Świadectwo legalizacji systemu kontroli temperatury | \* |
|  | Częstotliwość legalizacji systemu kontroli temperatury | Podać: ……………………….……\* |
|  | Urządzenie pozbawione jest blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca umowy podmiot | \* |
|  | Zgłoszenia, usterek, przeglądów gwarancyjnych: telefonicznie, faxem, e-mail | \*  Nr telefonu: ………………………  Fax: ………………………………...  Mail: ………………………….……. |
|  | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia w ciągu roku wymagana przez producenta | Podać: ……………………….…… \* |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | \*Osoba do kontaktu:  Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………  Telefon: ……………………………………..  Fax: ……………………………………..  Mail: ……………………………………… |
|  | Bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny | \*Nazwa:  ………………………………………………………………………  Adres:  ………………………………………………………………………  Telefon: ……………………………………..  Fax: ……………………………………..  Mail: ……………………………………… |

\* ***wypełnia Wykonawca***

**Zamawiający bezwzględnie wymaga potwierdzenia następujących *parametrów techniczno-użytkowych* w katalogu /folderze/ ulotce dla poz. 1, 2, 3, 4, 7, 9, 12, 16 oraz 18.**

„Oświadczam/my, że oferowane urządzenie spełnia powyższe wymagania, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku beż żadnych dodatkowych zakupów.”

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

Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Pakiet nr 2 - Chłodziarka farmaceutyczna - 1 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji: **2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | ***Parametry techniczno-użytkowe*** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| * + - * 1. ***Chłodziarka farmaceutyczna - Parametry techniczno-użytkowe*** | | |
|  | ***Wymiary:***  Wysokość: 1800 ÷ 2200 mm  Szerokość: 1200 ÷ 1500 mm  Głębokość: 750 ÷ 850 mm | \*Wysokość: ………………….  Szerokość: …………………  Głębokość: ……………….. |
|  | Pojemność brutto: 1100-1600 l | Pojemność: …………… |
| 3. | Zapewnia utrzymanie temperatury w zakresie:  2-8°C. | \* |
| 4. | Kontrola temperatury sterowana elektronicznie, z więcej niż jednym punktem odczytu temperatury. | \* |
| 5. | Rozkład temperatur równomierny w całej komorze chłodniczej - chłodziarka musi być wyposażona w wymuszony wewnętrzny obieg powietrza (wentylator) | \* |
| 6. | Zainstalowany system odszraniający nie może powodować nadmiernego wzrostu temperatury w komorze chłodniczej powyżej wartości granicznej (tutaj 8°C). | \* |
| 7. | Zamontowany system domykający drzwi oraz alarm zbyt długiego ich otwarcia | \* |
| 8. | Drzwi lodówki przeszklone | \* |
|  | Wyposażona w legalizowany system kontroli temperatury z awaryjnym powiadamianiem SMS (krótka wiadomość tekstowa) | \* |
|  | Zewnętrzny, łatwo dostępny panel sterujący | \* |
|  | Zewnętrzny cyfrowy wyświetlacz temperatury | \* |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny w przypadku przekroczenia temperatury w zakresie 2-8°C. | \* |
|  | Alarm awarii zasilania | \* |
|  | Automatycznie odszranianie | \* |
|  | Drzwi do montażu obustronnego | \* |
|  | Cyfrowy monitoring z opcją eksportu danych na komputer poprzez wbudowany w urządzenie nośnik USB lub równoważny tzn. Zamawiający oczekuje aplikacji, która będzie monitorować temperaturę przechowywania produktów leczniczych w zakresie temperatur: 2÷8°C, informacje będą w języku polskim, aplikacja musi działać na minimum Windows 7. | \* |
|  | Półki druciane - min. 5 szt | \* |
|  | Podać nośność półek | Nośność półek: ………………………… |
| * + - * 1. ***Warunki , gwarancji i serwisu, inne*** | | |
|  | W okresie bezpłatnej gwarancji możliwość całodobowego zgłaszania awarii/usterek | \* |
|  | Deklaracja zgodności | \* |
|  | Świadectwo ISO 9001 oraz 14001 | \* |
|  | Świadectwo legalizacji systemu kontroli temperatury. | \* |
|  | Częstotliwość legalizacji systemu kontroli temperatury | Podać: ……………………….……\* |
|  | Urządzenie pozbawione jest blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca umowy podmiot | \* |
|  | Zgłoszenia, usterek, przeglądów gwarancyjnych: telefonicznie, faxem, e-mail | \*  Nr telefonu: ………………………  Fax: ………………………………...  Mail: ………………………….……. |
|  | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia w ciągu roku wymagana przez producenta | Podać: ……………………….…… \* |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | \*Osoba do kontaktu:  Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………  Telefon: ……………………………………..  Fax: ……………………………………..  Mail: ……………………………………… |
|  | Bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny | \*Nazwa:  ………………………………………………………………………  Adres:  ………………………………………………………………………  Telefon: ……………………………………..  Fax: ……………………………………..  Mail: ……………………………………… |

\* ***wypełnia Wykonawca***

**Zamawiający bezwzględnie wymaga potwierdzenia następujących *parametrów techniczno-użytkowych* w katalogu /folderze/ ulotce dla poz. 1, 2, 3, 4, 7, 9, 12, 16 oraz 18.**

„Oświadczam/my, że oferowane urządzenie spełnia powyższe wymagania, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku beż żadnych dodatkowych zakupów.”

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

Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 3 do SIWZ**

**Pakiet nr 3 - Przenośna lodówka hermetycznie zamykana z rejestratorami temperatury i wilgotności - 3 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji: **2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | ***Parametry techniczno-użytkowe*** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| * + - * 1. **Pojemniki izotermiczne - Parametry techniczno-użytkowe** | | |
|  | Wymiary zewnętrzne:  Wysokość: 320 - 340mm  Szerokość: 550 - 600mm  Głębokość: 370 - 400mm | \*Wysokość: ………………….  Szerokość: …………………  Głębokość: ……………….. |
|  | Pojemność brutto: 40-50 l | Pojemność: …………… |
| 3. | Zapewnia utrzymanie temperatury w zakresie:  2-8°C | \* |
| 4. | Gwarantuje zachowanie ciągłości cyklu chłodzenia | \* |
| 5. | Zamknięcie pojemnika umożliwiające jego plombowanie | \* |
| 6. | Dołączone numerowane plomby do plombowania pojemników w ilości po 1000 szt. do każdego pojemnika na rok | \* |
| 7. | Dołączone do każdego pojemnika po 3 wkłady chłodzące | \* |
| 8. | Łatwo zmywalne powierzchnie zewnętrzne i wewnętrzne. | \* |
| 9. | Nośność pojemników | Nośność: ……………………………………\* |
| * + - * 1. **Rejestratory temperatury - Parametry techniczno-użytkowe** | | |
|  | Zakres pomiarowy temperatury (-30°C do +60°C) | \* |
|  | Zakres pomiarowy wilgotności (0-100)% RH | \* |
|  | Rozdzielczość 0,1 | \* |
|  | Dokładność pomiaru temperatury:  ±0,5° C w zakresie (-10 do 40)°C  w pozostałym zakresie: 1°C | \* |
|  | Dokładność pomiaru wilgotności:  ±2% RH w zakresie (10 do 90) % RH | \* |
|  | Sygnalizacja rejestracji | \* |
|  | Wyświetlenie informacji o przekroczonych wartościach dopuszczalnych | \* |
|  | Uruchomienie przez przycisk odpowiedniego klawisza na urządzeniu bez konieczności angażowania innych urządzeń lub komputerów | \* |
|  | Dostęp do wartości maksymalnej i minimalnej | \* |
|  | Sygnalizacja niskiego stanu baterii | \* |
|  | Eksportu danych na komputer poprzez wbudowany w urządzenie nośnik USB lub równoważny tzn. Zamawiający oczekuje aplikacji, która będzie monitorować temperaturę przechowywania produktów leczniczych w zakresie temperatur: 2÷8°C, informacje będą w języku polskim, aplikacja musi działać na minimum Windows 7. | \* |
| * + - * 1. ***Warunki , gwarancji i serwisu, inne*** | | |
|  | W okresie bezpłatnej gwarancji możliwość całodobowego zgłaszania awarii/usterek | \* |
|  | Deklaracja zgodności | \* |
|  | Świadectwo ISO 9001 oraz 14001 | \* |
|  | Świadectwo legalizacji systemu kontroli temperatury. | \* |
|  | Częstotliwość legalizacji systemu kontroli temperatury | Podać: ……………………….……\* |
|  | Urządzenie pozbawione jest blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca umowy podmiot | \* |
|  | Zgłoszenia, usterek, przeglądów gwarancyjnych: telefonicznie, faxem, e-mail | \*  Nr telefonu: ………………………  Fax: ………………………………...  Mail: ………………………….……. |
|  | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia w ciągu roku wymagana przez producenta | Podać: ……………………….…… \* |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | \*Osoba do kontaktu:  Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………  Telefon: ……………………………………..  Fax: ……………………………………..  Mail: ……………………………………… |
|  | Bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny | \*Nazwa:  ………………………………………………………………………  Adres:  ………………………………………………………………………  Telefon: ……………………………………..  Fax: ……………………………………..  Mail: ……………………………………… |

\* ***wypełnia Wykonawca***

**Zamawiający bezwzględnie wymaga potwierdzenia następujących *parametrów techniczno-użytkowych* Pojemnika izotermicznego w katalogu /folderze/ ulotce dla poz. 1, 2, 3 oraz 9.**

„Oświadczam/my, że oferowane urządzenie spełnia powyższe wymagania, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku beż żadnych dodatkowych zakupów.”

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

Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….

…………………………………………

Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy …………………………………………................................…………………………………

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON ……………………………….............. NIP …………………………......................……………

Tel. ………………………………..............… Fax ……………….....................……………………...

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym ……………………………………………

Tel ………………… e-mail **……………………………………………………………………………..**

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ………………………………………………………………………….

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

**Pakiet nr 1**

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….……..…………………....…................. zł

podatek VAT ………% …………………….………….……………………….………….……...... zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT** **za 1 szt.** .………………..……………………....................………… zł

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

**OKRES GWARANCJI**: ……………**miesięcy\***

**Zużycie energii zaoferowanego przedmiotu zamówienia: ……………..kW/h/24h**

\*kryterium ocenne

**Pakiet nr 2**

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….……..…………………....…................. zł

podatek VAT ………% …………………….………….……………………….………….……...... zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT** **za 1 szt.** .………………..……………………....................………… zł

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

**OKRES GWARANCJI**: ……………**miesięcy\***

**Zużycie energii zaoferowanego przedmiotu zamówienia: …………….kW/h/24h\***

\*kryterium ocenne

**Pakiet nr 3**

Cena bez podatku VAT za 3 szt. ………………...……………….……..…………………....…................. zł

podatek VAT ………% …………………….………….……………………….………….……...... zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT** **za 3 szt.** .………………..……………………....................………… zł

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

**OKRES GWARANCJI**: ……………**miesięcy\***

\*kryterium ocenne

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego   
   w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy bez udziału podwykonawców / z udziałem podwykonawców\*
5. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 8 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
7. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2016 roku

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

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ LABORATORYJNYCH***prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ LABORATORYJNYCH***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

…………….……. *(miejscowość),* 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 ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*(podpis)*

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(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. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ LABORATORYJNYCH*** ,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *Dostawa sprzętu komputerowego*, prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

**ZAŁĄCZNIK NR 7 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(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. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ LABORATORYJNYCH***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług1
2. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług2
3. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*(podpis)*