**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Akcesoria jednorazowe do neurostymulatora**

**Oferowane akcesoria musza być kompatybilne z modelem C2, rok produkcji 2016, producent: Inomed**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu - parametry wymagane | Producent  | Nr katalogowy | Zamawiana ilość | Cena jednostkowa netto za szt. | Stawka podatku VAT [%] | Wartość netto [kol. 5 \* kol. 6] | Wartość podatku VAT [zł] | Wartość brutto [kol. 8 + kol. 9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Trzy elektrody igłowe z trójkątnym uchwytem (długość igły 15 mm, dł. przewodu min. 1,5 mm), wtyczka touchproof czerwona/czarna/zielona 1,5 mm.Produkt sterylny , jednorazowego użytku |  |  | 350 szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Różnokolorowe pary elektrod igłowych z trójkątnym uchwytem (dł. igły 15 mm, dł. przewodu min. 2 m), wtyczka touchproof 1,5 mm.Produkt sterylny, jednorazowego użytku.  |  |  | 350 szt. |  |  |  |  |  |
| 3 | Sonda bipolarna widelec prosta (dł. robocza 4,5 cm, długość całkowita: 15 cm, przewód min. 3 m) do bezpośredniej stymulacji nerwów.Produkt jednorazowy. |  |  | 350 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

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

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

 Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2018 r.

…………………………………………

 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:

bez podatku VAT………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**z podatkiem VAT** ………………………………….zł

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

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 niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym Załącznik nr 5 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.
6. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

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

 …………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**ZAŁĄCZNIK NR 3 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 AKCESORIÓW DO NEUROSTYMULATORA*”***,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 AKCESORIÓW DO NEUROSTYMULATORA”**prowadzonego przez SPSKM w Katowicach.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

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:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 r.

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 4 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 AKCESORIÓW DO NEUROSTYMULATORA*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA AKCESORIÓW DO NEUROSTYMULATORA*”***, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 r.

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania 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*