**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 1 - Worki stomijne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu - parametry wymagane | Producent | Nr katalogowy | Nazwa handlowa | Zamawiana ilość  **sztuk** | Oferowana **ilość sztuk** w opakowaniu zbiorczym | Oferowana **ilość** **opakowań zbiorczych\*** | Cena jednostkowa netto za **opakowanie zbiorcze** | Stawka podatku VAT [%] | Wartość netto  [kol. 8 \* kol. 9] | Wartość podatku VAT [zł] | Wartość brutto [kol.11+kol.12] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1. | Worki stomijne w składzie: system jednoczęściowy, worki stomijne otwierane z zapięciem gwarantującym szczelność, okrągły filtr węglowy, pojemność 350 ml÷570 ml, kolor worka: przeźroczysty, płytka stomijna hydrokoloidowa, elastyczna, dokładnie przylegająca do skóry, nie powodująca uczuleń, przystosowująca się do indywidualnych kształtów, podziałka na folii ochronnej z oznaczeniem rozmiaru do docięcia. |  |  |  | 1.200 |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | | | | |  |  |  |

\* **Oferowana ilość opakowań zbiorczych musi być podzielna bez reszty przez zamawianą ilość sztuk.**

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 2 - Zestaw do systemu ssącego jednorazowego użytku kompatybilny z aparatem Perseus A500, Primus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu - parametry wymagane | Producent | Nr katalogowy | Zamawiana ilość **zestawów** | Cena jednostkowa netto za **zestaw** | 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. | Jednorazowego użytku zestaw do systemu ssącego składający się z: wkładu kompatybilnego ze zbiornikiem na wydzielinę o poj. 700 ml, o przekroju koła, w pokrywie wkładu zabezpieczenie antyprzelewowe i hydrofobowy filtr antybakteryjny oraz polyethylenowego drenu o długości 2 m, zakończonego zintegrowanym schodkowym łącznikiem z portem umożliwiającym palpacyjną kontrolę ssania |  |  | 1.000 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 3 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 3 - Zestaw do nadłonowego drenażu pęcherza moczowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu - parametry wymagane | Producent | Nr katalogowy | Zamawiana ilość | Cena jednostkowa netto za zestaw | 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. | Zestaw do nadłonowego drenażu pęcherza moczowego składający się z:  a) cewnik poliuretanowy, długości co najmniej 65 cm, wyposażony w zacisk, znaczniki długości, boczne otwory. *Rozmiar cewnika: 10-14 CH*  b) metalowa kaniula z możliwością usunięcia przez rozerwanie. Igła długości co najmniej 10 cm, średnica 5-6 mm  c) worek na mocz o pojemności co najmniej 1500 ml |  |  | 15 zestawów |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 4 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 4 - Nożyki hematologiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu - parametry wymagane | Producent | Nr katalogowy | Zamawiana ilość | Cena jednostkowa netto za sztukę | 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. | Jednorazowe nożyki hematologiczne, wykorzystywane do nakłuć opuszka palca przy pobierania krwi, sterylne, pakowane pojedynczo, dł. ostrza 3 mm |  |  | 800 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 5 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:

## PAKIET Nr …….\*

bez podatku VAT………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**z podatkiem VAT** ………………………………….zł

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

## \**Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, ile części - Pakietów oferuje. Należy wpisać numer oferowanego Pakietu.*

\*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 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 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.
6. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

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

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

(czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, 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 SPRZĘTU MEDYCZNEGO JEDNORAZOWEGO UŻYTKU”***,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 SPRZĘTU MEDYCZNEGO JEDNORAZOWEGO UŻYTKU”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

…………………………………………

*Czytelny 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:

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

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

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

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, 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 SPRZĘTU MEDYCZNEGO JEDNORAZOWEGO UŻYTKU”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„****DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO JEDNORAZOWEGO UŻYTKU”***, - **Pakiet nr ……….,** 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.

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

(Czytelny 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*