**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 1 – Bielizna pościelowa w kolorze białym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment - parametry wymagane** | **Producent  / nr katalogowy** | **Zamawiana ilość sztuk** | **Cena jednostkowa netto** | ***WARTOŚĆ*** | | |
| **netto** | **VAT** | **brutto** |
| 1. | Prześcieradło szpitalne o wymiarach 250-270cm x160-170 cm |  | **1.000** |  |  |  |  |
| 2. | Poszwa o wymiarach 210x160 0cm +/- 5cm na zakładkę, zakład na poszwę minimum 30 cm, wylot na szerokości powłoki, przeszycia po bokach wylotu zakończone tzw. krzyżakiem w odległości 25 cm. od brzegu, długość zakładki 130 cm – 160 cm. |  | **1.000** |  |  |  |  |
| 3. | Poszewka na poduszkę o wymiarach 70 / 80cm +/- 5 cm zakład na poszewki minimum 30 cm, wylot na szerokości powłoki, przeszycia po bokach wylotu zakończone tzw. krzyżakiem w odległości 25 cm. od brzegu długość zakładki 60 cm |  | **1.000** |  |  |  |  |
| 4. | Poszewka o wymiarach 50 x 70 cm +/- 2 cm, zakład na poszewki minimum 20 cm, wylot na szerokości powłoki, przeszycia po bokach wylotu zakończone tzw. krzyżakiem w odległości 25 cm. od brzegu długość zakładki 40 cm |  | **30** |  |  |  |  |
| 5. | ***Wymogi dla tkaniny na asortyment pościelowy:***  Tkanina koloru białego będąca mieszanką bawełniano – poliestrową o składzie 50 % bawełny i 50% poliestru, o gramaturze nie mniejszej niż 120g/m2 i maksymalnie 140g/m2, bezpyłowa, poziom pylenia zbadany wg normy ISO 9073-10 maksymalnie 4, tkanina o splocie rządkowym. Temperatura prania minimum 650 – 750 CDopuszczalna kurczliwość tkaniny po dwukrotnym praniu i prasowaniu nie może przekroczyć 5% Temperatura obróbki termicznej do 1700 C, Tkanina odporny na działanie preparatów dezynfekcyjnych o pełnym spektrum działania stosowanych w placówkach ochrony zdrowia.  ***Wymogi dla oznaczeń – napisu na asortymencie pościelowym:***  Napis z nazwą Zamawiającego „***SPSK–M”*** wykonany metodą wtkania w strukturę tkaniny. Wielkość liter proporcjonalna do wymiarów asortymentu. Kolor napisu granatowy lub zielony (odcień do uzgodnienia) z Zamawiającym. Napis wykonany na asortymencie barwnikami **gwarantującymi trwałość i nie migrującymi na powierzchnię tkaniny** w wyniku działania preparatów dezynfekcyjnych o pełnym spektrum działania. Napis trwały, niespieralny, znajdujący się wzdłuż krawędzi w odległości około 10 – 20 cm +/- 5cm od brzegów tkaniny. | | | |  |  |  |
| **Wartość ogółem:** | | | | |  |  |  |

***UWAGA:***

W celu sprawdzenia wymaganych parametrów Zamawiający żąda dostarczenia:

1. po 1 bezpłatnej próbce gotowego asortymentu z każdej pozycji. **Gotowy asortyment będzie poddany dwukrotnemu procesowi prania.**
2. Deklaracji zgodności producenta tkaniny lub certyfikat, które potwierdzą zgodność z normą EN 14237***.***
3. Kart technicznych tkanin wykorzystanych do produkcji oferowanych wyrobów włókienniczych – (przedmiotu zamówienia), potwierdzających wymogi Zamawiającego oraz szczegółowy opis w języku polskim. Odręczne dopiski i uzupełnienia w dokumentach nie będą brane pod uwagę przez Zamawiającego przy ocenie ofert***.***

**Dokumenty określone w punkcie 1 – 3 Wykonawca będzie zobowiązany dostarczyć wyłącznie na pisemne wezwanie Zamawiającego.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 roku

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

(podpis Wykonawcy / Wykonawców)

**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:

Cena bez podatku VAT………………...……………………..…………..….................................…….zł

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

**Cena 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 2018

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

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 3 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 POŚCIELI WIELORAZOWEGO 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 POŚCIELI WIELORAZOWEGO UŻYTKU”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

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

(podpis i pieczątka 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 i pieczątka Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 4 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 POŚCIELI WIELORAZOWEGO UŻYTKU”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„****DOSTAWA POŚCIELI WIELORAZOWEGO UŻYTKU”***, 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 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*