**Rozdział III FORMULARZ OFERTY Załącznik nr 1 do SWZ**

pieczęć wykonawcy

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

 miejscowość

**FORMULARZ OFERTOWY**

 **W TRYBIE PODSTAWOWYM REALIZOWANYM NA PODSTAWIE ART. 275 UST. 1 USTAWY PZP**

**1**. **ZAMAWIAJĄCY**:

|  |
| --- |
| **Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji****Ul. Inwalidów Wojennych 26****56-100 Wołów** |

**2.WYKONAWCA (Lider):**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)****(Pełna nazwa / firma, adres, NIP/PESEL, REGON, KRS)** | **Adres (y)** **Wykonawcy (ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reprezentowany przez:……………………………………………………………….......……..

*(Imię, nazwisko, Stanowisko, podstawa do reprezentacji)*

Nr telefonu Wykonawcy: ……………………………………………………............................

E-mail Wykonawcy: ………………………………………………………………………........

Nr konta Wykonawcy: ……………………………………………………………………….....

Wykaz i opis udzielonych pełnomocnictw do niniejszego postępowania / składanych dokumentów i oświadczeń / oferty:

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

**3**. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW/**dla Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne – Pełnomocnik/ Lider:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu; Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

Ja (my) niżej podpisany(i) **oświadczamy, że:**

Akceptuję\*(emy\*) bez zastrzeżeń opis przedmiotu zamówienia, wymagania zawarte w SWZ oraz projekt umowy załączony do SWZ i zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach i zasadach obowiązujących w tym postępowaniu. W przypadku uznania mojej\*(naszej\*) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję\*(emy\*) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

1. **Kryterium I - Cena całkowita za realizację niniejszego zamówienia wynosi:**

Wartość netto: ………………………………PLN + …………. PLN (….%) VAT=

**Wartość BRUTTO: ……………………..…....PLN, Słownie brutto PLN: ……………**

Przedmiot zamówienia, zasady wyceny zostały przez zamawiającego opisane w treści SWZ i nie zgłaszamy żadnych uwag i zastrzeżeń związanych z przygotowanym przez zamawiającego opisem. W przypadku wyboru naszej oferty deklarujemy realizację zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zamawiającego i przepisami prawa, treścią oferty, w terminie zakreślonym niniejszą SWZ.

1. **Kryterium II - Oferuję termin płatności *(zaznaczyć właściwe*):**
* Termin płatności 30 dni
* Termin płatności 20 dni
* Termin płatności 10 dni

Oświadczamy, że w przypadku nie wypełnienia ww pozycji deklarujemy, że termin płatności wynosi 30 dni.

**5. Żadna** z informacji zawarta w ofercie **nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa**w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\*) / **wskazane poniżej informacje** zawarte w ofercie **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania\*\*\*\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) lub oddzielna części oferty (proponowane rozwiązanie) |
| Od | Do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

*\*\*\*) Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności (DZ. U z dnia 24 sierpnia 2018 r poz. 1637).*

*\*\*\*\*) Wykonawca załączy niniejsze oświadczenie, tylko wtedy, gdy zastrzeże w ofercie, iż któreś z informacji zawartych w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstw oraz wykaże, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Pzp.*

**6. Deklaracja dotycząca podwykonawstwa:\*\***

☐ Oświadczam, że zamówienie będę realizował samodzielnie i nie zamierzam zrealizować przy udziale podwykonawców

☐ Oświadczamy, że zamówienie zamierzam zrealizować z udziałem podwykonawców (**wypełnić tylko w przypadku, gdy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie zamówienia podwykonawcom**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podwykonawca** **(dane identyfikujące: adres, nazwa, NIP/PESEL)** | **Zakres części zamówienia / roboty budowlanej, dostawy czy usługi / w którym Wykonawca ma zamiar powierzenia części zamówienia realizacji podwykonawcy** |
| 1. | Adres: ……………………….Nazwa: …………………NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………Zakres prac: ……………………………………………….Rozmiar: …………………………………………… % |
| 2. | Adres: ……………………….Nazwa: …………………NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………Zakres prac: ……………………………………………….Rozmiar: ……………………………………………… % |

**7**. Wraz z ofertą składamy dokumenty wymienione w SWZ.

**8**. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że [**będziemy polegać / nie będziemy polegać**]\* na **zasobach innych podmiotów** określonych w art. 118-123 ustawy Pzp w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej, które są udostępnione przez:

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

*(należy wymienić nazwy i adresy podmiotów)*

**9**. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

 **[ ]**  *Mikroprzedsiębiorstwo*

 **[ ]**  *Małe przedsiębiorstwo*

 **[ ]**  *Średnie przedsiębiorstwa*

 (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami**i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

**10.** **Jesteśmy** zawiązani niniejsza ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SWZ.

**11**. Wyrażamy zgodę na samodzielne pobranie przez Zamawiającego za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych krajowych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352) dokumentów potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo zamówień publicznych:

1. ………………………………………..…. - ……………………………………………..

*(Nazwa dokumentu i wskazanie punktu w SIWZ) (Adres internetowy)*

*UWAGA: W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie powyższe oświadczenie należy odpowiednio powtórzyć i złożyć w odniesieniu do każdego wspólnika spółki cywilnej/członka konsorcjum.*

**12. Oświadczenia wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO** (Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, tzw. RODO)

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich osobowych zawartych w ofercie i w dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**13.** Jeżeli wykonawca złożył ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego **obowiązku podatkowego** zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.), dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

W związku z wystąpieniem takiego przypadku w ofercie, wykonawca ma obowiązek:

1) poinformowania zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego; **TAK/NIE**

2) wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego; ………………………………………………...***(nazwa – rodzaj)***

3) wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku; ………………………………………………… ***(wartość towaru lub usługi)*** ………………………....................................

4) wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie; ……………………………. ***(wskazanie stawki podatku od towaru i usługi)***…………….

**14. Jeżeli Wykonawca bierze udział w postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami:**

**a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania)** *(należy wypełnić – o ile dotyczy)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |

**b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

**15.** Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie zgodnym ze wzorem umowy.

\* niewłaściwe skreślić

\*\* wypełnić, jeżeli dotyczy Wykonawcy

Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 1a do Formularza ofertowego

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia**  | **j.m.** | **ilość** | **cena netto** | **cena brutto** | **VAT (%)** | **wartość netto** | **wartość brutto** |
| **1** | aparat do elektroterapii | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **2** | aparat do ultradźwięków | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **3** | aparat do laseroterapii | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **4** | lampa do światłolecznictwa | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **5** | zestaw do magnetoterapii | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **6** | zestaw do masażu uciskowego | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **7** | zestaw do krioterapii | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **8** | wanna do masażu wirowego kończyn górnych | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **9** | wanna do masażu wirowego kończyn dolnych | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **10** | stolik pod aparaty | szt | 2 |  |  |  |  |  |
| **11** | stół rehabilitacyjny drewniany | szt | 4 |  |  |  |  |  |
| **12** | kabina do ćwiczeń (UGUL) + pełny osprzęt | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **13** | stół rehabilitacyjny elektryczny | szt | 3 |  |  |  |  |  |
| **14** | drabinka rehabilitacyjna (w komplecie z zestawem montażowym) | szt | 3 |  |  |  |  |  |
| **15** | tablica do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **16** | mata do ćwiczeń | szt | 2 |  |  |  |  |  |
| **17** | rotor kończyn górnych i dolnych  | szt | 2 |  |  |  |  |  |
| **18** | stół rehabilitacyjny z regulowanym zagłówkiem | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **19** | stół rehabiltacyjny elektryczny do pionizacji | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **20** | stół rehabiltacyjny do masażu | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **21** | bieżnia treningowa  | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **22** | rower pionowy  | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| **23** | łóżko rehabilitacyjne (w komplecie z wysięgnikiem i materacem) | szt | 15 |  |  |  |  |  |
| **24** | szafka przyłóżkowa z blatem | szt | 15 |  |  |  |  |  |
| **25** | materac przeciwodleżynowy z kompresorem  | szt | 15 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **RAZEM** |  |  |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Rozdział IV OŚWIADCZENIA**

Załącznik nr 2 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzeń medycznych wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu na potrzeby rehabilitacji neurologicznej”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **4/PCM/2025/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

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. 108 ust. 1-6 lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………

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

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujące podmioty, na których zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………………………………………………………............................... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący podwykonawca/-y: ………………………………………………………………….........................…..….……

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzeń medycznych wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu na potrzeby rehabilitacji neurologicznej”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **4/PCM/2025/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w następującym zakresie**[[1]](#footnote-2)**

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
2. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
3. sytuacji ekonomicznej lub finansowej;
4. zdolności technicznej lub zawodowej.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ, składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy PZP**

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy do żadnej grupy kapitałowej** w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.)

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę.

 Niniejszym oświadczam, że **należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(należy wskazać pełną nazwę / firmę i adres wykonawcy, który złożył odrębną ofertę)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

UWAGA:

1. W przypadku gdy Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej, powinien przedstawić wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.
2. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie, niniejsze oświadczenie składa każdy z wykonawców.

Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**POTWIERDZAJĄCE, ŻE OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**BĘDZIE POSIADAŁ PRZEZ CAŁY OKRES TRWANIA UMOWY**

**DOPUSZCZENIE DO OBROTU**

**(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

* + 1. Niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas **wyroby medyczne** w rozumieniu Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 1620 ze zm.) dopuszczone są do obrotu i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt.
	1. Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia, w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń/dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie, pod rygorem odstąpienia od umowy.
1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***
1. Określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu [↑](#footnote-ref-2)