Załącznik nr 1 do SWZ

NAZWA WYKONAWCY: …………………………………………………………………………………………………

FORMA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI: …………………………………………………………………………………………………

WYKONAWCA JEST[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo | □ | Jednoosobowa działalność gospodarcza | □ |
| Małym przedsiębiorstwo | □ | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej | □ |
| Średnim przedsiębiorstwo | □ | Inny rodzaj | □ |

*UWAGA: Ww. informacja jest niezbędna Zamawiającemu do wypełnienia Informacji o złożonych wnioskach o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofertach przesyłanej do Prezesa UZP (należy wybrać jedną z opcji).*

ADRES: …………………………………………………………………………………………………

POWIAT: ………………………………………

WOJEWÓDZTWO: ………………………………………

TEL.: ……………………………………… FAKS: ………………………………………E-MAIL: ………………………………………

NIP: ………………………………………REGON: ………………………………………

BANK I NR KONTA:

 ………………………………………………………………………………………

DO *(nazwa i adres Zamawiającego)*: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ Rybniku,
ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest **świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku** (DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość | Cenajednostkowanetto [PLN] (miesięczny koszt) | Wartość netto[PLN] | VAT[%] | Wartość brutto[PLN] |
| 1. | **Świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku** | 12 miesięcy  |  |  |  |  |

1. Oświadczam/y, składając niniejszą ofertę, zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję, że wybór oferty[[2]](#footnote-2):
2. **nie będzie** prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,
3. **będzie** prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć – w następującym zakresie:

*Uwaga: Brak wskazania powyższej informacji w treści Formularza oferty (Załącznika nr 1 do SWZ) będzie jednoznaczny z brakiem powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

1. Termin płatności: przelewem w terminie 60 (słownie: sześćdziesiąt) dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej (pod względem merytorycznym i formalnym) faktury Zamawiającemu.
2. Termin realizacji umowy: od dnia zawarcia umowy przez okres 12 miesięcy.

Jednocześnie oświadczam/y, że:

1. Akceptuję/emy zawarte w SWZ szczegółowe warunki postępowania i nie wnoszę/imy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję/emy Projekt umowy (Załącznik nr 3 do SWZ) i w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do jej podpisania na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią SWZ.
4. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).
5. Oświadczam/y, że powyższa/e cena/y brutto zawiera/ją wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru mojej/naszej oferty.
6. Zapewniam/y, że cena/y podana/e w ofercie nie ulegnie/ą zmianie przez cały okres trwania umowy, za wyjątkiem zmian przewidzianych w SWZ.
7. Oświadczam/y, że wypełniłem/am/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w postępowaniu.[[3]](#footnote-3).
8. Oświadczam/y, że akceptuję/emy zasady korzystania z Platformy wskazane w Instrukcji

16. Osobą/ami uprawnioną/ymi do kontaktowania się z Zamawiającym w sprawie realizacji postępowania jest/są: ……………………………………………………………………

telefon ……………………………………………………

17. Upoważnioną/ymi do reprezentowania mojej/naszej firmy jest/są następująca/e osoba/y:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ......................................................................... |  |

18. Upoważnienie dla powyżej wskazanej/ych osoby/ób wynika z następującego/ych dokumentu/ów:…………………………………………………które dołączam/y do oferty.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

*\* niepotrzebne skreślić*

DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155

|  |  |
| --- | --- |
|   | Załącznik nr 3 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybnikuul. Gliwicka 3344 - 201 Rybnik |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| reprezentowany przez:………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu**

(składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy Pzp)

Na potrzeby postępowania, którego przedmiotem jest „**Świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku**”, prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ oświadczam, co następuje:

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu**:

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

2. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu.

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu**:

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia).
2. Jednocześnie oświadczam, że na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podjął następujące środki naprawcze:

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

**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 przedstawieniu informacji.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155 | Załącznik nr 4 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybnikuul. Gliwicka 3344 - 201 Rybnik |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG) |
| reprezentowany przez:………………………………………………………………………………………………………… |
| (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji) |

**Oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania, którego przedmiotem jest **świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku**

**Informacja o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**:

Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, spełnia warunki udziału
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. 6 SWZ w zakresie (zaznaczyć właściwe pole/a, np. znakiem „X”):

* + 6.1.4.a
	+ 6.1.4.b

\*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wskazać, który warunek spełnia Wykonawca składający oświadczenie (jeżeli dany Wykonawca nie spełnia wszystkich warunków wskazuje tylko te warunki, które spełnia samodzielnie). W przypadku podmiotów udostępniających zasoby należy wskazać, który dokładnie warunek spełnia podmiot składający oświadczenie (jeżeli dany podmiot nie spełnia wszystkich warunków wskazuje tylko te warunki,
w zakresie których udostępnia zasoby).

**Informacja w związku z poleganiem Wykonawcy na zasobach innych podmiotów[[4]](#footnote-4)**:

Oświadczam, że Wykonawca, w imieniu którego składane jest oświadczenie, w celu wykazania warunków udziału w postępowaniu polega na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

W zakresie warunku określonego w pkt. …………… SWZ polega za zasobach ……………………………………………..

(wskazanie podmiotu/ów udostępniającego/ych zasoby)[[5]](#footnote-5).

**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 przedstawieniu informacji.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienie, oświadczenie składa
z ofertą każdy z Wykonawców.

DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155 Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku ul. Gliwicka 33

44 - 201 Rybnik

**Podmioty, w imieniu których składane jest oświadczenie:**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

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

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowane przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, o którym mowa
w art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania, którego przedmiotem jest świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku, działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie,oświadczam, że:

Wykonawca:

……………………………………………………

……………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:

…………………………………………………………………………………………………

Wykonawca:

……………………………………………………

……………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:

…………………………………………………………………………………………………

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 przedstawieniu informacji.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

Załącznik nr 6 do SWZ

**Wykaz usług wykonanych w okresie ostatnich 3 lat**

świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku (DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155)

NAZWA WYKONAWCY:……………………………………………………………………

ADRES: ……………………………………………………………………………………….

Oświadczam/y, że: wykonałem/liśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj wykonanej usługi | Wartość (brutto) | Data wykonania(data rozpoczęcia - data zakończenia) | Podmioty, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwagi:

Zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r.
w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz.U. z 2020 r. poz. 2415), zwanym dalej Rozporządzeniem, do wykazu usług wykonanych a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych załącza się dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich3 miesięcy. Zgodnie z § 9 ust. 2 pkt 1 Rozporządzenia okresy wyrażone w latach lub miesiącach, o których mowa wykazie usług wykonanych, liczy się wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

Zgodnie z § 9 ust. 3 pkt 1 Rozporządzenia jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji robót usług wspólnie z innymi Wykonawcami, wykaz usług wykonanych, o którym mowa w § 9 ust. ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia, dotyczy usług, w których wykonaniu Wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych , w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy.

Z kolumny „Rodzaj wykonanej usługi” powinno wynikać jaki zakres usług został w ramach niej wykonany, tak, aby Zamawiający był w stanie jednoznacznie stwierdzić czy Wykonawca spełnia warunek określonyw pkt. 6.1.4 lit. b SWZ.

 oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

Załącznik nr 7 do SWZ

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

**Świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku** (DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155)

NAZWA WYKONAWCY:……………………………………………………………………

ADRES: ……………………………………………………………………………………….

Oświadczam/y, że w wykonaniu niniejszego zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby [należy wpisać wszystkie osoby niezbędne do zapewnienia wykonywania usługi (ilość wierszy w tabeli należy powielić)]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych ( w tym certyfikaty) | Doświadczenie w serwisowaniu systemów informatycznych (min. 3 lata) | Zakres wykonywanych czynności | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami\*\* |
|  |  | TAK/NIE |  |  |
|  |  | TAK/NIE |  |  |
|  |  | TAK/NIE |  |  |

 oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

\*\* np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie, itp.

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.13.2025.DF.DKp.DKs.155 | Załącznik nr 8 do SWZ |

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby**(potwierdzające, że stosunek łączący Wykonawcę z podmiotem udostępniającym zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów)

**Podmiot/y udostępniając/ye zasoby:**

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

(nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności podmiotu, o którym mowa w art. 118 ust. 1 ustawy Pzp)

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

Oświadczam, że w postępowaniu, którego przedmiotem jest świadczenie usług serwisu systemu informatycznego InfoMedica Plus oraz AMMS Plus dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku, zobowiązuję się udostępnić swoje następujące zasoby Wykonawcy lub Wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia

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

(nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności Wykonawcy lub nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscami wykonywania działalności Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:

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

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

1. czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

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

 oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) albo b). [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnia Wykonawca. Rubryki nie wypełnia podmiot udostępniający zasoby. [↑](#footnote-ref-4)
5. Powielić, jeżeli jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-5)