#### Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Oferty

##### FORMULARZ OFERTY DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO

**Na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu   
aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: | POSUM/ZPpn/3/2017 |  |

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych**

**Al. Solidarności 36**

**61-696 Poznań**

1. **WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**KONTAKT (Wykonawca/ Lider (pełnomocnik)):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

1. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

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

1. **JA (MY) NIŻEJ PODPISANY(I) OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**
   1. składam / -y następującą ofertę cenową w zakresie rat leasingowych:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | | **Wartość netto za cały okres finansowania** | **wartość brutto za cały okres finansowania** | **Koszt sfinansowania za cały okres finansowania** | **Wartość końcowa (3 + 4) za cały okres finansowania** |
| **1** | | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Aparatura medyczna wyszczególniona w załączniku do SIWZ (ZESTAWIENIE TABELARYCZNE) w poz. 1-47** | **Ze stawką 8% VAT** |  |  |  |  |
| **Ze stawką 23% VAT** |  |  |  |  |
| **Wyposażenie niemedyczne – wyszczególnione w załączniku do SIWZ (ZESTAWIENIE TABELARYCZNE) w poz. 48-52** | |  |  |  |  |
| **Razem** | |  |  |  |  |

**2.**zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia,

3.gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ (z uwzględnieniem wyjaśnień do SIWZ oraz jej zmian)

4.akceptujemy terminy wykonania zamówienia określone w Ogłoszeniu o zamówieniu, Specyfikacji istotnych warunków zamówienia i Wzorze istotnych postanowień umowy,

5.niniejsza oferta jest ważna w pierwotnym terminie przez 60 dni,

6.w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą umowę zobowiązuję(- emy) się zawrzeć w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,

7. Oświadczam, iż nie uczestniczę(- ymy) jako Wykonawca, konsorcjant lub podwykonawca w żadnej innej ofercie złożonej w związku z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego,

8.na podstawie art. 8 ust. 3 Ustawy, żadne z informacji zawartych 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 o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania[[2]](#footnote-2):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie  (wyrażone cyfrą) |
| od | | do |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

9.nie zamierzam(y) powierzać do wykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom[[3]](#footnote-3):

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części zamówienia i nazwa podwykonawcy** |
|  |  |

**PODPIS(Y):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

#### Załącznik nr 4 – WYKAZ DOSTAW

**Składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: | POSUM/ZPpn/3/2017 |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych**

**Al. Solidarności 36**

**61-696 Poznań**

1. **WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego oświadczamy,**

Że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonałem / wykonaliśmy dostawy w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku związanego z sytuacją techniczną i zawodową w niniejszym postępowaniu i zgodnie z postawionymi   
w SIWZ warunkami szczegółowymi:

Uwaga: Kolumnę 2 i 8 należy wypełnić tylko w zakresie wymaganym w celu wykazania spełnienia wymaganych warunków udziału opisanych w SIWZ w zakresie zdolności zawodowej.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wykonanych dostaw (rodzaj sprzętu, ilość) | Wartość brutto dostaw (PLN) | Data  realizacjdostaw i miejsce ich realizacji | Miejsce  realizacji dostaw | Podmiot, na rzecz/zlecenie którego wykonywano dostawy | Wskazanie odpowiedniego punktu (od 1 do 10) w rozdziale IX ust. 1 lit. b) SIWZ, który jest potwierdzany w danym opisie wykonanych dostaw |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Załączam dowody do pozycji nr: …………………………… .

**UWAGA !**

**Brak dokumentu lub dokument nie potwierdzający że dostawy zostały wykonane w sposób należyty skutkuje nie zaliczeniem przez Zamawiającego wykonania tej roboty budowlanej.**

**PODPIS(Y):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów), w tym Nazwisko i Imię osoby (osób) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

#### Załącznik nr 5 – DODATKOWE OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

**Składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: | POSUM/ZPpn/3/2017 |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych**

**Al. Solidarności 36**

**61-696 Poznań**

1. **WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego oświadczam (-y):**

1. Nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne

/ w związku z wydaniem wobec mnie prawomocnego wyroku sądu / ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne w załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające:

- dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami

- zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności; \*

1. Oświadczam, iż nie orzeczono wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
2. Oświadczam, iż nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu skazującego   
   za wykroczenie na karę ograniczenia wolności lub grzywny w zakresie określonym przez zamawiającego na podstawie [art. 24 ust. 5 pkt 5 i 6](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgi2tqobzg42tgltqmfyc4mzvguytoojuha) ustawy;
3. Oświadczam, iż nie wydano wobec mnie ostatecznej decyzji administracyjnej   
   o naruszeniu obowiązków wynikających z przepisów prawa pracy, prawa ochrony środowiska lub przepisów o zabezpieczeniu społecznym w zakresie określonym przez zamawiającego na podstawie [art. 24 ust. 5 pkt 7](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgi2tqobzg42tgltqmfyc4mzvguytoojvga) ustawy

\*Pozostawić właściwy wariant

**PODPIS(Y):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów), w tym Nazwisko i Imię osoby (osób) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### Załącznik nr 6 – OŚWIADCZENIE O DOPUSZCZENIU DO OBROTU OFEROWANEGO SPRZĘTU

**Składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: | POSUM/ZPpn/3/2017 |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych**

**Al. Solidarności 36**

**61-696 Poznań**

1. **WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego oświadczam (-y), iż wszystkie zaoferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.**

**Oświadczam (-y) również, iż jesteśmy w posiadaniu aktualnych dokumentów dopuszczających zaoferowane odczynniki do obrotu. Jednocześnie potwierdzam gotowość przedłożenia ww. dokumentów na każde wezwanie Zamawiającego w toku realizacji zamówienia.**

**Ponadto oświadczam, iż po dostarczeniu, zainstalowaniu i uruchomieniu wyposażenia, będzie ono gotowe do użytku bez konieczności dokupowania dodatkowych elementów.**

**PODPIS(Y):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów), w tym Nazwisko i Imię osoby (osób) | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykonawca usuwa niepotrzebne. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wykonawca usuwa niepotrzebne. [↑](#footnote-ref-3)