**Wzór-Załącznik nr 1 do SIWZ**

**OFERTA WYKONAWCY**

Pełna nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Nr telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Nr faksu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Nr KRS/ REGON/NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji, w tym do podpisania umowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

**Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w celu zawarcia umowy ramowej na: Dostawy gotowych apteczek i zestawów medycznych, (numer sprawy: WZP-4041/20/203/Z),**

1. **Oferujemy w:**

**Zadaniu nr 1** **na dostawy gotowych apteczek biurowych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka biurowa | kpl. | 293 |  |  |  |

**Zadaniu nr 2** **na** **dostawy gotowych apteczek laboratoryjno-warsztatowych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka laboratoryjno – warsztatowa | kpl. | 104 |  |  |  |

**Zadaniu nr 3 na** **dostawy gotowych apteczek samochodowych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka samochodowa | kpl. | 957 |  |  |  |

**Zadaniu nr 4** **na dostawy gotowych apteczek motocyklowych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka motocyklowa | kpl. | 84 |  |  |  |

**Zadaniu nr 5** **na dostawy gotowych apteczek R0:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka R0 | kpl. | 819 |  |  |  |

**Zadaniu nr 6** **na dostawy gotowych apteczek R1:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka R1 | kpl. | 20 |  |  |  |

**Zadaniu nr 7** **na dostawy gotowych zestawów osobistych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Zestaw osobisty | kpl. | 8607 |  |  |  |

**Zadaniu nr 8** **na dostawy gotowych apteczek na oparzenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka na oparzenia | kpl. | 28 |  |  |  |

**Zadaniu nr 9** **na dostawy gotowych apteczek osobistych policjanta pododdziału kontrterrorystycznego Policji oraz komórki realizacyjnej CBŚP:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka osobista policjanta pododdziału kontrterrorystycznego Policji  oraz komórki realizacyjnej Centralnego Biura Śledczego Policji | kpl. | 69 |  |  |  |

**Zadaniu nr 10** **na dostawy gotowych zestawów ratowniczych dla komórki organizacyjnej właściwej do spraw bojowych, szkoleniowych i minersko-pirotechnicznych SLIM:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Zestaw ratowniczy dla komórki organizacyjnej właściwej do spraw bojowych, szkoleniowo-bojowych i minersko-pirotechnicznych SLIM | kpl. | 7 |  |  |  |

**Zadaniu nr 11** **na dostawa gotowej apteczki ratownika medycznego pododdziału kontrterrorystycznego Policji:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka ratownika medycznego pododdziału kontrterrorystycznego Policji | kpl. | 1 |  |  |  |

**Zadaniu nr 12** **na dostawy gotowych apteczek ratownika medycznego oddziału prewencji Policji/samodzielnego oddziału Prewencji:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Szacunkowe ilości** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*\*** | **Stawka podatku VAT\*** | **Cena oferty brutto w PLN (kol. 4 x kol. 5 powiększone o stawkę podatku VAT)\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Apteczka ratownika medycznego  oddziału prewencji Policji/samodzielnego pododdziału prewencji Policji | kpl. | 5 |  |  |  |

1. **Oferujemy w:**

Zadaniu nr 1 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 2 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 3 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 4 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 5 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 6 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 7 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 8 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 9 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 10 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 11 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

Zadaniu nr 12 **wykonanie dostaw w terminie ….……..\*\*\* dni (max. 25 dni)** - od momentu upływu terminu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 3 ust. 5 SIWZ.

**III. Oświadczamy, że:**

* 1. Udzielamy …..…\* miesięcygwarancji (minimum 24 miesiące),licząc od dnia podpisania protokołu, o którym mowa w Rozdz. XVII § 4 ust. 7 SIWZ na:

a. apteczki plastikowe lub metalowe, torby transportowe, plecaki transportowe *(odpowiednio do zadania)*, w których przechowywane będą materiały stanowiące wyposażenie apteczek medycznych i zestawów ratowniczych,

b. produkty stanowiące wyposażenie apteczek medycznych, zestawów ratowniczych nie będące materiałem jednorazowym *(jeżeli dotyczy)*.

* 1. Udzielamy 24 miesięcznej rękojmi za wady asortymentu, licząc od daty podpisania protokołu odbioru o którym mowa w Rozdz. XVII § 4 ust. 7 SIWZ
  2. Termin ważności asortymentu (odpowiednio do zadania) w dniu dostarczenia do Zamawiającego nie będzie krótszy niż 2/3 terminu ważności ustalonego przez producenta produktu.
  3. **Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami Zamawiającego wskazanymi w załączniku nr 2 do SIWZ**.
  4. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług obowiązek odprowadzenia podatku z tytułu dostawy leży po stronie Zamawiającego w zadaniach …………………..…………….. \*\*\*\*/ Wykonawcy w zadaniach ……………………………………\*\*\*\*
  5. Zawarte w Rozdziale XVII SIWZ ogólne warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane   
     i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach tam określonych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
  6. Uważamy się za związanych niniejsza ofertą na czas wskazany w SIWZ, tj. 60 dni od upływu terminu składania ofert.
  7. Warunki płatności: 30 dni od dnia dostarczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
  8. W przypadku braku potwierdzenia faktu otrzymania korespondencji, Zamawiający ma prawo uznać, że korespondencja została skutecznie przekazana.
  9. Oświadczam/y, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny.

**IV. Informujemy, że:**

1. Dostawy wykonywane będą własnymi siłami\*\*\*\*\*/z pomocą Podwykonawcy\*\*\*\*\* tj.: …………………………..*(nazwa firmy Podwykonawcy)* \*, który wykonywać będzie część zamówienia obejmującą: ………………………………………….……\*

1. Zapotrzebowania będą zgłaszane na pocztę elektroniczną na e-mail …………………………………..\*
2. Informacje dotyczące zmiany terminu realizacji zapotrzebowania będą zgłaszane na pocztę elektroniczną na e-mail …………………………………..\*
3. Reklamacje będą zgłaszane na pocztę elektroniczną na e-mail ………………..…………………………………..\*
4. Osobą uprawnioną ze strony Wykonawcy do wykonywania czynności związanych z wykonywaniem umowy ramowej, w tym do podpisania protokołu odbioru ilościowo – jakościowego jest: ……………………..- tel. …………..\* e-mail: ……………………\*

**V.** **Oświadczam, że** *wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. 2)*

1) rozporządzenie 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).

2)  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).

*Uwaga:*

\* - należy wpisać,

\*\* - należy wpisać do dwóch miejsc po przecinku,

\*\*\* - należy wpisać, jeżeli Wykonawca nie dokona wpisu w pkt. II Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje maksymalny termin dostawy

\*\*\*\* niepotrzebne skreślić, jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia Zamawiający uzna, że obowiązek odprowadzenia podatku z tytułu dostawy leży po stronie Wykonawcy

\*\*\*\*\* niepotrzebne skreślić - jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia pkt IV lit. a), Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia Podwykonawcom.

**Słowniczek:**

***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.

***Dokument należy wypełnić elektronicznie i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PD***

**Wzór - Załącznik nr 3 do SIWZ**

**Wykonawca:**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………. *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEi DG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………..……………………………………………………………………………… *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy   
wystawione w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia   
w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 15 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.   
Prawo zamówień publicznych zwanej „Ustawą”**

Przystępując do postępowania **prowadzonego w celu zawarcia umowy ramowej w trybie przetargu nieograniczonego na Dostawy gotowych apteczek i zestawów medycznych WZP-4041/20/203/Z**w celu wykazania braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 15 Ustawy oświadczam, że:

1. wobec Wykonawcy nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

albo

2. w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - załączam następujące dokumenty potwierdzających dokonanie płatności tych należności lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności:

1. ………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………….………

***Dokument należy wypełnić elektronicznie i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF***

**Wzór - Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Wykonawca:**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………….…… *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEi DG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………..……………………………………………...………………………………… *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**wystawione w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia**

**w oparciu o art. 24 ust. 5 pkt 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych zwanej „Ustawą”**

Przystępując do postępowania **prowadzonego w celu zawarcia umowy ramowej w trybie przetargu nieograniczonego na Dostawy gotowych apteczek i zestawów medycznych WZP-4041/20/203/Z**w celu wykazania braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 8 Ustawy oświadczam o:

1. niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 roku o podatkach i opłatach lokalnych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1170 ze zm.),

albo

2. w przypadku zalegania z opłacaniem podatków i opłat lokalnych załączam następujące dokumenty potwierdzających zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłaty tych należności:

a. …………………………………………………………………………………………………………..

b. ……………………………………………………………………………………………………………

***Dokument należy wypełnić elektronicznie i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF***

**Wzór - Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Wykonawca:**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………….…… *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEi DG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………..……………………………………………...………………………………… *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy wystawione w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 22 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych zwanej „Ustawą”**

Przystępując do postępowania **prowadzonego w celu zawarcia umowy ramowej w trybie przetargu nieograniczonego na Dostawy gotowych apteczek i zestawów medycznych WZP-4041/20/203/Z**w celu wykazania braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 22 Ustawy oświadczam, że wobec Wykonawcy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakaz ubiegania się o zamówienie.

***Dokument należy wypełnić elektronicznie i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF***