



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Kędzierzynie – Koźlu
ul. 24 Kwietnia 5
47-200 Kędzierzyn-Koźle

„FORMULARZ OFERTOWY”

Na: „Przeglądy techniczne oraz pozostałe czynności serwisowe mające na celu utrzymanie w gotowości eksploatacyjnej sprzętu i aparatury medycznej oraz wykonanie testów podstawowych i specjalistycznych sprzętu SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu – 13 zadań częściowych” nr: AZ-P.2023.30,

Oferta złożona przez wykonawców
wspólnie ubiegających się o
udzielenie zamówienia **TAK/NIE**

nazwa pełnomocnika – dotyczy wykonawców składających ofertę wspólną

Nazwa Wykonawcy /Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

Naprawa Sprzętu Medycznego Zakład Usługowo-Handlowy Technimed

Adres: Ul. gen. J. Zajączka 14/3, Opole 45-050

NIP: 7543348308

REGON: 521185000

KRS:

CEIDG:

e-mail: technimedopole@gmail.com

nr tel.: 695999332

Osoba upoważniona do kontaktów: Paweł Grabowski tel. 695999332

Oświadczam, iż prowadzę działalność jako

mikro/~~małe/średnie/duże~~/osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą* przedsiębiorstwo

*informacja do celów statystycznych, należy niepotrzebne skreślić. Zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36):: przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO

1. **Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu** wyrażam chęć uczestnictwa w postępowaniu o zamówienie publiczne, prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji, organizowanym przez Zamawiającego zgodnie z warunkami określonymi w SWZ.

2. Oferuję wykonanie zamówienia, za cenę:

a) Zadanie nr 10 – Przeglądy sprzętu medycznego - aparaty do znieczulań,

14 742,00 zł brutto
Wysokość kary umownej w wysokości 150,00 zł za każdy nie wykonany w terminie przegląd (50,00 zł lub 75,00 zł lub 100,00 zł lub 125,00 zł lub 150,00 zł)

b) Zadanie nr 11 – Przeglądy sprzętu medycznego - kardiomonitor, pompa infuzyjna, respirator,

1 058,40 zł brutto
Wysokość kary umownej w wysokości 150,00 zł za każdy nie wykonany w terminie przegląd (50,00 zł lub 75,00 zł lub 100,00 zł lub 125,00 zł lub 150,00 zł)

3. Oświadczenia

- 1) Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ;
- 2) W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- 3) Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniach i dokumentach przedstawionych w niniejszej ofercie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
- 4) Oświadczam, że zawarte w SWZ istotne postanowienia umowy zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na podanych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
- 5) Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ (Rozdział XIII pkt. 13.1), to jest stosownie do art. 307 ust. 1 Pzp.
- 6) Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).
- 7) Nie wykonywaliśmy żadnych czynności związanych z przygotowaniem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, a w celu sporządzenia oferty nie posługiwaliśmy się osobami uczestniczącymi w dokonaniu tych czynności;
- 8) Uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury przetargowej stanowiące integralną część SWZ, wyszczególnione we wszystkich umieszczonych na platformie zakupowej pismach zamawiającego;
- 9) Informuję, że zaświadczenia dot. ~~KRS~~^{REG}/ceidg* są dostępne w formie elektronicznej pod adresem internetowym ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych tj.: <https://prod.ceidg.gov.pl/> / <https://ems.ms.gov.pl/>;
- 10) Wykonawca Naprawa Sprzętu Medycznego Zakład Usługowo-Handlowy Technimed (nazwa) / ~~podwykonawca~~
(nazwa):¹ oświadcza, że osoba/-y wykonująca w jego imieniu usługi objęte przedmiotem zamówienia, w szczególności wykonująca projekt będzie wykonywać czynności w zakresie realizacji zamówienia na podstawie umowy o pracę zgodnie z art. 22 §1 Kodeksu Pracy.

- 11) oświadczamy, że oferta nie zawiera/ zawiera* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

.....

- 12) Na podstawie art. 225 Pzp, oświadczamy, że*:

☒ wybór oferty nie prowadzi do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;

☐ ~~wybór oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, jednocześnie wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.~~

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego	Wartość netto towarów podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT	Stawka podatku VAT %

Brak wpisu/skreślenia powyżej rozumiany jest, iż oferta nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego.

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

14) INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

~~Oświadczamy, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ, polegamy na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:~~

.....

~~Ponadto załączam do oferty zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mi do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji niniejszego zamówienia.~~

15) Oświadczenie o podwykonawcy/ach

Oświadczamy, że zamówienie realizujemy*:

☒ Samodzielnie bez udziału podwykonawców

☐ Przy udziale podwykonawców w zakresie

Zawierając z nimi stosowne umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

*zaznaczyć właściwe

NAPRAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO
ZAKŁAD USŁUGOWO-HANDLOWY
TECHNIMED
mgr Paweł Grabowski
ul. Zajączka 14/3, 45-050 Opole
tel. 695 999 332, tel./fax 77 441 02 49

.....
podpis elektroniczny kwalifikowany
lub podpis zaufany lub osobisty
osoby/-ów uprawnionej/-ych
do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu
ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

NAPRAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO
ZAKŁAD USŁUGOWO-HANDLOWY
TECHNIMED
ul. Zajęczka 14/3, 45-050 Opole
NIP: 7543348308 REGON: 521185000

Oznaczenie Wykonawcy

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art.125 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych oraz w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Przeglądy techniczne oraz pozostałe czynności serwisowe mające na celu utrzymanie w gotowości eksploatacyjnej sprzętu i aparatury medycznej oraz wykonanie testów podstawowych i specjalistycznych sprzętu SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu – 13 zadań częściowych**”, AZ-P.2023.30, oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.108 ust.1 Pzp oraz 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

**NAPRAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO
ZAKŁAD USŁUGOWO-HANDLOWY
TECHNIMED**
mgr Paweł Grabowski
ul. Zajęczka 14/3, 45-050 Opole
tel.: 695 999 332, 695 999 744, 695 492
podpis elektroniczny kwalifikowany lub podpis zaufany
lub osobisty osoby/-ów uprawnionej/-ych
do reprezentowania Wykonawcy / pełnomocnika

UWAGA:

poniższe oświadczenie wykonawca wypełnia jedynie w sytuacji, gdy zachodzą podstawy do wykluczenia.

~~Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. 108 ust. Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:~~

podpis elektroniczny kwalifikowany lub podpis zaufany
lub osobisty osoby/-ów uprawnionej/-ych
do reprezentowania Wykonawcy / pełnomocnika