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.: ……………………………………… E-MAIL: ………………………………………

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

BANK I NR KONTA: ………………………………………………………………………………………

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

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest przebudowa i rozbudowa dróg wewnętrznych Szpitala - budowa parkingów na terenie Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku (DZp.380.3.14.2024.DPr.121), oferujemy realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z zasadami określonymi w SWZ:

**Całkowita cena oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena netto liczbą [PLN] |  |
| Cena brutto liczbą [PLN] |  |
| Stawka VAT [%] |  |

1. Oświadczam/y, składając 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: Wykonawca jest zobowiązany wykonać zamówienie w terminie określonym w dokumentach zamówienia.
3. Jednocześnie oświadczam/y, że:
4. 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.
5. 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.
6. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią SWZ.
7. 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).
8. Oświadczam/y, że powyższa/e cena/y brutto zawiera/ją wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru mojej/naszej oferty.
9. Zapewniam/y, że cena/y podana/e w ofercie nie ulegnie/ą zmianie przez cały okres trwania umowy, za wyjątkiem zmian przewidzianych w SWZ.
10. Przedmiot zamówienia wykonam/y: sam/i / przy udziale Podwykonawcy\*.  
    Następującą część zamówienia zamierzam/y powierzyć Podwykonawcy (wypełnić tylko jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Nazwa i adres Podwykonawcy |
|  |  |  |

1. Oświadczam/y, że wypełniłem/am/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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)
2. Oświadczam/y, że akceptuję/emy zasady korzystania z Platformy wskazane w Instrukcji.

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

telefon ……………………………………………………

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

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

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

18. Załącznikami do oferty są:

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

19. Oferta zawiera …… kolejno ponumerowanych stron.

oświadczenie należy podpisać  
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.14.2024.DPr.121 | Załącznik nr 4 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:  Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku  ul. Gliwicka 33  44 - 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 „Modernizacja pomieszczeń budynku nr XXXIII z przeznaczeniem na nowoczesną terapię dedykowaną głównie pacjentom z tzw. podwójną diagnozą.”prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku

**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 i art. 109 ust. 1 pkt 4 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.380.3.14.2024.DPr.121 | Załącznik nr 5 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:  Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku  ul. Gliwicka 33  44 - 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**

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

Na potrzeby postępowania, którego przedmiotem jest „Modernizacja pomieszczeń budynku nr XXXIII   
z przeznaczeniem na nowoczesną terapię dedykowaną głównie pacjentom z tzw. podwójną diagnozą.”prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny 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. 6.1.4 SWZ w zakresie ………………………………………………

\*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.380.3.14.2024.DPr.121

|  |  |
| --- | --- |
|  | Załącznik nr 6 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 „Modernizacja pomieszczeń budynku nr XXXIII z przeznaczeniem na nowoczesną terapię dedykowaną głównie pacjentom z tzw. podwójną diagnozą”, prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny 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 7 do SWZ

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

„Modernizacja pomieszczeń budynku nr XXXIII   
z przeznaczeniem na nowoczesną terapię dedykowaną głównie pacjentom z tzw. podwójną diagnozą.”(DZp.380.3.14.2024.DPr.121)

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności w realizacji zamówienia (funkcja)** | **Informacja na temat kwalifikacji zawodowych i uprawnień oraz doświadczenia\***  **niezbędnych do wykonania zamówienia tj.:** | **Informacja**  **o podstawie do dysponowania**  **osobą\*\*\*** |
|  | Kierownik budowy | 1. Uprawnienia budowlane bez ograniczeń w specjalności ………………………………………\*  o nr ………………… z dnia ……………  2. Przynależność do izby samorządu zawodowego nr wpisu …………………………  termin ważności ……………  3. …………… miesięczne doświadczenie w robotach budowlanych prowadzonych przy zabytkach nieruchomych wpisanych do rejestru lub inwentarza muzeum będącego instytucją kultury (zgodnie z art. 37c ustawy z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami)\*\* |  |

*\* W celu uniknięcia wątpliwości zaleca się dokładne cytowanie zakresu uprawnień z posiadanego dokumentu.*

*\*\* Zgodnie z art. 37c ustawy z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami osoba wskazana w ww. wykazie winna spełniać warunek - przez co najmniej 18 miesięcy brała udział  
w robotach budowlanych prowadzonych przy zabytkach nieruchomych wpisanych do rejestru lub inwentarza muzeum będącego instytucją kultury.*

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

*Jeżeli Wykonawca będzie polegał na zdolnościach zawodowych podmiotów udostępniających zasoby, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków prawnych, składa wraz z ofertą zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów.*

*UWAGA:*

*Zgodnie z art. 104 ustawy Pb osoby, które, przed dniem wejścia w życie ustawy, uzyskały uprawnienia budowlane lub stwierdzenie posiadania przygotowania zawodowego do pełnienia samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie, zachowują uprawnienia do pełnienia tych funkcji w dotychczasowym zakresie. Zamawiający uzna również wymagane uprawnienia budowlane do kierowania robotami budowlanymi nabyte w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej, państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronach umowy  
o Europejskim Obszarze Gospodarczym, Konfederacji Szwajcarskiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.*

oświadczenie należy podpisać  
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.14.2024.DPr.121 | Załącznik nr 8 do SWZ |

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, o którym mowa w art. 118 ust. 3 ustawy Pzp,** (potwierdzające, że stosunek łączący Wykonawcę z podmiotem udostępniającym zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów)

**PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCE 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 pn„Modernizacja pomieszczeń budynku nr XXXIII z przeznaczeniem na nowoczesną terapię dedykowaną głównie pacjentom z tzw. podwójną diagnozą.” (DZp.380.3.14.2024.DPr.121), prowadzonym przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny 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 kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane, 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)