***Załącznik Nr 2*** *(do SIWZ)*

*(pieczęć firmowa Wykonawcy)*

………………………………………………….. , dnia…………………2020 r.

CRR-241.2.2020

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do treści ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawy, instalację w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, uruchomienie oraz przeszkolenie w zakresie obsługi, aparatów i urządzeń medycznych do budynku rehabilitacji w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu w następujących częściach[[1]](#footnote-1)\*):

1) Zadanie 1. Kabina do ćwiczeń i zawieszeń UGUL z osprzętem i stołem rehabilitacyjnym – jeden komplet;

2) Zadanie 2. Rotor do terapii pasywnej i aktywnej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedbackem i treningiem symetrii – 1 szt.;

3) Zadanie 3. Łóżka rehabilitacyjne – 4 szt.;

4) Zadanie 4. Łóżko do suchego hydromasażu – 1 szt.;

5) Zadanie 5. Aparat do magnetoterapii niskiej częstotliwości (zawierający aplikatory szpulowe 70 cm i 35 cm, leżankę z półką pod aparat oraz stolik na aplikator 35 cm) dla fizykoterapii – 1 szt.,

6) Zadanie 6. Urządzenie do ćwiczeń czynnych i równoważnych – 4 szt.

1. DANE WYKONAWCY:

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba upoważniona do reprezentacji i podpisująca ofertę: |  |

Wykonawca/Wykonawcy:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| Adres:  |  |
|  |
|  |
| Faks: |  |
| E-mail: |  |
| Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: |  |
| Adres do korespondencji (jeśli inny niż podany wyżej): |  |
|  |

1. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA\*\*):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wyszczególnienie (nazwa, model, producent, itp.)*** | ***J. m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jednostkowa*** | ***Wartość netto******[kol. 4 x 5]*** | ***VAT [ % ]*** | ***Wartość VAT******[kol. 6 x 7]*** | ***Wartość brutto******[kol. 6 + 8]*** | ***Okres gwarancji w miesiącach*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** |
| 1) | Kabina do ćwiczeń i zawieszeń UGUL z osprzętem i stołem rehabilitacyjnym | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2) | Rotor do terapii pasywnej i aktywnej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedbackem i treningiem symetrii | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3) | Łóżko rehabilitacyjne | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 4) | Łóżko do suchego hydromasażu | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5) | Aparat do magnetoterapii niskiej częstotliwości (zawierający aplikatory szpulowe 70 cm i 35 cm, leżankę z półką pod aparat oraz stolik na aplikator 35 cm) dla fizykoterapii | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6) | Urządzenie do ćwiczeń czynnych i równoważnych | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |
| SŁOWNIE BURTTO PLN |  |
|  |

C. OŚWIADCZENIA:

1) zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz w projekcie umowy;

2) w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;

3) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz projektem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;

4) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);

5) akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie (na zasadach opisanych w projekcie umowy) w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;

E. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:

1) zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;

2) osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy

|  |  |
| --- | --- |
| jest: |  |
| Tel./Faks: |  |
| E-mail: |  |

F. PODWYKONAWCY:

Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców):

|  |  |
| --- | --- |
| 1) |  |
| 2) |  |

G. INFORMACJA W ZAKRESIE WIELKOŚCI FIRMY PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ (właściwe zakreślić):

 - mikroprzedsiębiorstwo; - małe przedsiębiorstwo; - średnie przedsiębiorstwo.

H. SPIS TREŚCI:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| 5) |  |

 Jednocześnie wykonawca wskazuje zgodnie z § 10 Rozporządzenia Ministra Rozwoju z 26 lipca 2016 roku w sprawie rodzajów dokumentów jakich może żądać zamawiający (...) następujące oświadczenia lub dokumenty, które znajdują się w posiadaniu zamawiającego / są dostępne pod poniższymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) |  |
| 2) |  |

Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(pieczęć Wykonawcy)* |  | *Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | *Załącznik nr 3 do SIWZ* |
|  |  | , dnia |   |
| *(Pieczątka firmowa Wykonawcy)* |  | *(miejscowość)* |  | *(data)* |
| **WYKAZ DOSTAW**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy, instalację w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, uruchomienie oraz przeszkolenie w zakresie obsługi, aparatów i urządzeń medycznych do budynku rehabilitacji w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu – CRR-241.02.20

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Nazwa i opis zadania, lokalizacja** (należy określić informacje istotne dla spełnienia warunku udziału w postępowaniu) | **Wartość robót** (z VAT) | **Termin realizacji**(dzień, miesiąc i rok rozpoczęcia oraz zakończenia) | **Nazwy i adres****zamawiającego**(nazwa, adres,nr telefonu) |
|  |  |  |  |  |

Uwaga: Należy załączyć dowody, określające, czy te dostawy zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne dokumenty. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | *(podpis i pieczątka osoby uprawnionej* |  |  |

*Załącznik nr 4 do SIWZ*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Oświadczenie na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawy, instalację w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, uruchomienie oraz przeszkolenie w zakresie obsługi, aparatów i urządzeń medycznych do budynku rehabilitacji w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. CRR-241.2.2020

**Wykonawca:**

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

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

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

reprezentowany przez:

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

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

1. **DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**
	1. **Oświadczenie dotyczące Wykonawcy:**
2. oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp;
3. oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ust. 1 ustawy Pzp.

.................................................. dnia ……………………….…….......…. r. ............................................

*(podpis)*

1. oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………………………….……………..…. ustawy Pzp

*(podać mającą zastosowanie . podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

.................................................. dnia ……………………….…….......…. r. ............................................

*(podpis)*

* 1. **Oświadczenie dotyczące podwykonawcy niebędącego podmiotem, na którego zasoby powołuje się Wykonawca:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………

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

 *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

.................................................. dnia ……………………….…….......…. r. ............................................

*(podpis)*

1. **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 przedstawianiu informacji.

.................................................. dnia ……………………….…….......…. r. ............................................

*(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SIWZ*

**FORMULARZ - OŚWIADCZENIE DOT. GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Oświadczenie na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawy, instalację w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, uruchomienie oraz przeszkolenie w zakresie obsługi, aparatów i urządzeń medycznych do budynku rehabilitacji w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. CRR-241.2.2020

**Wykonawca:**

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

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

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

reprezentowany przez:

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

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚĆI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Oświadczam, że:

1. \*) nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów *(t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.);*
2. \*) należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów *(t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.)*

i **ZAŁĄCZAM LISTĘ** podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp [[2]](#footnote-2)

.................................................. dnia ……………………….…….......…. r. ............................................

*(podpis)*

Zgodnie z art. 24 ust. 11 ustawy Pzp, Wykonawca, **w terminie 3 dni** od zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, przekazuje zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23.

Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

\*)niepotrzebne skreślić

1. \*) skreślić niewykonywany zakres (część) [↑](#footnote-ref-1)
2. *Lista powinna zawierać co najmniej: nazwę podmiotu wchodzącego w skład grupy kapitałowej, adres/siedziba, NIP, REGON, nr KRS (jeśli dotyczy), inne oznaczenia właściwe dla podmiotu nie mającego swojej siedziby na terenie RP.* [↑](#footnote-ref-2)