***Załącznik nr 1***

 **Wykonawca:**

 ………………………………………………

 ………………………………………………

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

 *podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

tel. / fax: ……………………../…………………

e-mail: ..............................................................

**reprezentowany przez:**

…………………………………………..

…………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OFERTA**

1. Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na: **„Zakup i sukcesywna dostawa szczepionek dla Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy”** oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w SIWZ, za **cenę:**

**Część 1 „szczepionka przeciw grypie typu split (rozszczepiony wirion) inaktywowana”**

netto(bez podatku VAT) .....................................zł

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. zł

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ...........................zł (słownie: .................................................)**

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szczepionki** | **Producent** | **Dawka /wielkość opakowania i rodzaj/** | **Ilość przedmiotu zamówienia /szczepionki/**  | **Cena jednostkowa netto**  | **Vat** | **Cena jednostkowa brutto**  | **Cena  brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 5+6 | 8 = 4x7 |
|  |  |  | **500** |  |  |  |  |

**Część 2 „szczepionka przeciwko pneumokokom poliacharydowa skoniugowana (adsorbowana), 13 serotypów”**

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ..................................zł (słownie: ……...........................................)**

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szczepionki** | **Producent** | **Dawka /wielkość opakowania i rodzaj/** | **Ilość przedmiotu zamówienia /szczepionki/**  | **Cena jednostkowa netto**  | **Vat** | **Cena jednostkowa brutto**  | **Cena  brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 5+6 | 8 = 4x7 |
|  |  |  | **100** |  |  |  |  |

**Część 3 „szczepionka przeciwko meningokokom z grupy A,C,W-135 oraz Y dla osób powyżej 12 miesiąca życia”**

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ..................................zł (słownie: ……...........................................)**

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szczepionki** | **Producent** | **Dawka /wielkość opakowania i rodzaj/** | **Ilość przedmiotu zamówienia /szczepionki/**  | **Cena jednostkowa netto**  | **Vat** | **Cena jednostkowa brutto**  | **Cena  brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 5+6 | 8 = 4x7 |
|  |  |  | **40** |  |  |  |  |

**Część 4 „szczepionka przeciw meningokokom grupy B (rDNA ) złożona adsorbowana”**

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ..................................zł (słownie: ……...........................................)**

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szczepionki** | **Producent** | **Dawka /wielkość opakowania i rodzaj/** | **Ilość przedmiotu zamówienia /szczepionki/**  | **Cena jednostkowa netto**  | **Vat** | **Cena jednostkowa brutto**  | **Cena  brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 5+6 | 8 = 4x7 |
|  |  |  | **100** |  |  |  |  |

**Część 5 „szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (rDNA), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b, (skoniugowana), adsorbowana”**

 netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ..................................zł (słownie: ……...........................................)**

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szczepionki** | **Producent** | **Dawka /wielkość opakowania i rodzaj/** | **Ilość przedmiotu zamówienia /szczepionki/**  | **Cena jednostkowa netto**  | **Vat** | **Cena jednostkowa brutto**  | **Cena  brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 5+6 | 8 = 4x7 |
|  |  |  | **500** |  |  |  |  |

**Część 6 „szczepionka przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona, zawierająca 2 antygeny krztuśca, toksoid krztuścowy i hemaglutyniunę włókienkową ), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana”**

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ..................................zł (słownie: ……...........................................)**

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szczepionki** | **Producent** | **Dawka /wielkość opakowania i rodzaj/** | **Ilość przedmiotu zamówienia /szczepionki/**  | **Cena jednostkowa netto**  | **Vat** | **Cena jednostkowa brutto**  | **Cena  brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 5+6 | 8 = 4x7 |
|  |  |  | **30** |  |  |  |  |

1. Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie następujących: …………………………………………………………………………………………………………………………..…\*\* Wartość w/w towarów lub usług bez kwoty podatku wynosi: ……………………… zł\*\*
2. Oświadczam/my, że oferowane szczepionki spełniają wszystkie wymagania określone w SIWZ i jej załącznikach. W szczególności potwierdzam/my:

a) gotowość realizowania dostaw sukcesywnie, na podstawie szczegółowych zamówień, w terminie nie dłuższym niż 2 dni roboczeod złożenia zamówienia przez Zamawiającego,

b) możliwość zapewnienia odpowiednich warunków przechowywania i transportu szczepionek do siedziby Zamawiającego zgodnie z zaleceniem producenta,

1. że oferowane przez nas szczepionki odpowiadają wymaganiom prawnym określonym w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz. U. z 2020r. poz. 944 ze zmianami), tj. są dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

d) że oferowane szczepionki posiadać będą min. 12 miesięczny okres ważności, licząc od daty dostarczenia szczepionki do siedziby Zamawiającego. *(Uwaga zapis nie dotyczy szczepionki przeciw grypie typu split (rozszczepiony wirion) inaktywowana.),*

e) że każde opakowanie szczepionki spełniało będzie wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 roku, w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowania produktu leczniczego i treści ulotek (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1847).

f) oferowane szczepionki będą dostarczane w fabrycznie nowych, nieuszkodzonych opakowaniach, oznakowanych zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami.

3.Oświadczamy że posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.

1. Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*\*

**□** Mikroprzedsiębiorstwo  **□** Małe przedsiębiorstwo **□** Średnie przedsiębiorstwo

a) czy Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej ……..… *(Tak/Nie)*

b) czy Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej …..… *(Tak/Nie)*

1. Termin realizacji zamówienia: od 04.01.2021r. do 31.12.2021r.
2. Termin płatności: zgodnie ze wzorem umowy.
3. Niniejszym oświadczam, że:
* zapoznałem się z warunkami zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;
* zapoznałem się z postanowieniami załączonego do SIWZ wzoru umowy i przyjmuję go bez zastrzeżeń;
* przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;
* jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia składania ofert podanego w SIWZ;
1. Przedmiot Zamówienia zamierzam/y wykonać samodzielnie\* Następujący zakres Zamówienia zamierzam/y zlecić/powierzyć Podwykonawcom\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Częśćzamówienia | Zakres rzeczowy zamówienia | Nazwa (firma) Podwykonawcy, siedziba, telefon |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Zakres Zamówienia, który zamierzam/y zlecić/powierzyć Podwykonawcom ………………………………….... stanowi wykonanie .........… % zamówienia.

1. Oświadczam, że spełniono wobec mnie obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

............................., dn. ………….2020 r. …………………..………………..………………………...

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki/*

Ta oferta zawiera następujące załączniki:

 ………………………………………..

\*\*\* W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

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.*

***Załącznik nr 2***

**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 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Zakup i sukcesywna dostawa szczepionek dla**

**Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy”**

 (nazwa zamówienia publicznego)

prowadzonego przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

*(oznaczenie Zamawiającego),*

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(podpis)*

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).*

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….……**

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

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*

**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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik Nr 5*** ***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ ZGODNIE Z ART. 24 ust. 11 ustawy Pzp***

**Wykonawca:**

……………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

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

**Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Zakup i sukcesywna dostawa szczepionek**

**dla Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy”**

 (nazwa zamówienia publicznego)

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert zamieszczoną przez Zamawiającego na stronie internetowej oświadczam/y, że:

- z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu nie należę/nie należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji
i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.)\*;

- wspólnie z ……………………………………………należę/należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020r. poz. 1076 ze zm.)
i przedkładam/y niżej wymienione dowody, że powiązania między nami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu \*:

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

\* niepotrzebne skreślić

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …………………………..………………………………………..…………

Podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki