

Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Oferty

FORMULARZ OFERTY DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO

Na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu  
aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:

POSUM/ZPpn/3/2017

1. ZAMAWIAJĄCY:

Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych

Al. Solidarności 36

61-696 Poznań

2. WYKONAWCA:

Niniejsza oferta zostaje złożona przez<sup>1</sup>:

I.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)

KONTAKT (Wykonawca/ Lider (pełnomocnik)):

Nazwa	
Nr telefonu	
Nr faksu	
Adres e-mail	

1. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko	
-----------------	--

2. JA (MY) NIŻEJ PODPISANY(I) OŚWIADCZAM(Y), ŻE:

1. składam / -y następującą ofertę cenową w zakresie rat leasingowych:

Przedmiot zamówienia	Wartość netto za cały okres finansowania	wartość brutto za cały okres finansowania	Koszt sfinansowania za cały okres finansowania	Wartość końcowa (3 + 4) za cały okres finansowania
1	2	3	4	5
Aparatura medyczna wyszczególniona w załączniku do SIWZ (ZESTAWIENIE TABELARYCZNE) w poz. 1-48	Ze stawką 8% VAT			
	Ze stawką 23% VAT			

<b>Wyposażenie niemedyczne (meble) – wyszczególnione w załączniku do SIWZ (ZESTAWIENIE TABELARYCZNE) w poz. 49-53</b>					
<b>Razem</b>					

- 2.zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia,  
3.gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ (z uwzględnieniem wyjaśnień do SIWZ oraz jej zmian)  
4.akceptujemy terminy wykonania zamówienia określone w Ogłoszeniu o zamówieniu, Specyfikacji istotnych warunków zamówienia i Wzorze istotnych postanowień umowy,  
5.niniejsza oferta jest ważna w pierwotnym terminie przez 60 dni,  
6.w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą umowę zobowiązuję(- emy) się zawrzeć w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,  
7. Oświadczam, iż nie uczestniczę(- ymy) jako Wykonawca, konsorcjant lub podwykonawca w żadnej innej ofercie złożonej w związku z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego,  
8.na podstawie art. 8 ust. 3 Ustawy, żadne z informacji zawartych w ofercie nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji / wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania<sup>2</sup>:

l.p.	Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji	Strony w ofercie (wyrażone cyfrą)	
		od	do
a)			
b)			
c)			

- 9.nie zamierzam(y) powierzać do wykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom<sup>3</sup>:

l.p.	Nazwa części zamówienia i nazwa podwykonawcy

**PODPIS(Y):**

2

Wykonawca usuwa niepotrzebne.

3

Wykonawca usuwa niepotrzebne.

l.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)	Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów)	Miejscowość i data

**Załącznik nr 4 – WYKAZ DOSTAW**

Składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:

POSUM/ZPpn/3/2017

**ZAMAWIAJĄCY:****Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych****Al. Solidarności 36****61-696 Poznań****1. WYKONAWCA:**

I.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)

**Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego oświadczamy,**

Że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonałem / wykonaliśmy dostawy w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku związanego z sytuacją techniczną i zawodową w niniejszym postępowaniu i zgodnie z postawionymi w SIWZ warunkami szczegółowymi:

Uwaga: Kolumnę 2 i 8 należy wypełnić tylko w zakresie wymaganym w celu wykazania spełnienia wymaganych warunków udziału opisanych w SIWZ w zakresie zdolności zawodowej.

Lp	Opis wykonanych dostaw (rodzaj sprzętu, ilość)	Wartość brutto dostaw (PLN)	Data realizacji dostaw i miejsce ich realizacji	Miejsce realizacji dostaw	Podmiot, na rzecz/zlecenie którego wykonywano dostawy	Wskazanie odpowiedniego punktu (od 1 do 10) w rozdziale IX ust. 1 lit. b) SIWZ, który jest potwierdzany w danym opisie wykonanych dostaw
1	2	3	4	5	6	8

Załączam dowody do pozycji nr: .....

**UWAGA !**

**Brak dokumentu lub dokument nie potwierdzający że dostawy zostały wykonane w sposób należyty skutkuje nie zaliczeniem przez Zamawiającego wykonania tej roboty budowlanej.**

**PODPIS(Y):**

i.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów), w tym Nazwisko i Imię osoby (osób)	Miejscowość i data

**Załącznik nr 5 – DODATKOWE OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

Składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:

POSUM/ZPpn/3/2017

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych  
Al. Solidarności 36  
61-696 Poznań**

**1. WYKONAWCA:**

l.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego oświadczam (-y):

1. Nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne  
/ w związku z wydaniem wobec mnie prawomocnego wyroku sądu / ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne w załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające:
  - dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami
  - zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności; \*
2. Oświadczam, iż nie orzeczono wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
3. Oświadczam, iż nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu skazującego za wykroczenie na karę ograniczenia wolności lub grzywny w zakresie określonym przez zamawiającego na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 5 i 6 ustawy;
4. Oświadczam, iż nie wydano wobec mnie ostatecznej decyzji administracyjnej o naruszeniu obowiązków wynikających z przepisów prawa pracy, prawa ochrony środowiska lub przepisów o zabezpieczeniu społecznym w zakresie określonym przez zamawiającego na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 7 ustawy

\*Pozostawić właściwy wariant

**PODPIS(Y):**

l.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów), w tym Nazwisko i Imię osoby (osób)	Miejscowość i data

**Załącznik nr 6 – OŚWIADCZENIE O DOPUSZCZENIU DO OBROTU OFEROWANEGO SPRZĘTU**

Składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę w formie leasingu operacyjnego z opcją wykupu aparatury medycznej na potrzeby Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM)

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:

POSUM/ZPpn/3/2017

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych**

**Al. Solidarności 36**

**61-696 Poznań**

**2. WYKONAWCA:**

I.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego oświadczam (-y), iż wszystkie zaoferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

Oświadczam (-y) również, iż jesteśmy w posiadaniu aktualnych dokumentów dopuszczających zaoferowane odczynniki do obrotu. Jednocześnie potwierdzam gotowość przedłożenia ww. dokumentów na każde wezwanie Zamawiającego w toku realizacji zamówienia.

Ponadto oświadczam, iż po dostarczeniu, zainstalowaniu i uruchomieniu wyposażenia, będzie ono gotowe do użytku bez konieczności dokupowania dodatkowych elementów.

**PODPIS(Y):**

I.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów), w tym Nazwisko i Imię osoby (osób)	Miejscowość i data

