D/ZP/381/107B/15

Załącznik nr 1

...........................................................

pieczęć firmowa Wykonawcy

 **FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM OKULISTYKI I ONKOLOGII**

**W KATOWICACH**

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na **obsługę serwisową aparatów okulistycznych** określoną w załączniku nr 4 oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia

za cenę netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena (wartość) brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

**Termin realizacji zamówienia:** Termin realizacji zamówienia wynosi 24 miesiące i rozpoczyna się w dniu 07.01.2016 r.

**Termin płatności:** Zapłata za każdą naprawę i przegląd nastąpi przelewem w ciągu 30 dni od otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT wystawionej po podpisaniu protokołu odbioru wykonania usługi

**Warunki gwarancji:** Wykonawca udziela na dostarczone i wymienione części i podzespoły ……………. miesięcznej gwarancji ( co najmniej 6 miesięcznej) gwarancji od dnia podpisania protokołu odbioru wykonania usługi.

- Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

- Oświadczamy, że warunki realizacji niniejszego zamówienia są zgodne z ustawą o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679 z póź. zm.) i z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

- Oświadczamy , że następującą część zamówienia .............................................................. zamierzam powierzyć podwykonawcom

-wskazuję następujących podwykonawców ……………nazwa (firma) ……………… jako podmioty, na których zasoby powołuję się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Prawo zamówień publicznych, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy.

- Zawarta w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia treść wzoru umowy (Załącznik nr 5) została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

- Zapoznaliśmy się z treścią wzoru umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 6) i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się, że zawrzemy/firma wskazana w ofercie do obsługi serwisowej zawrze przedmiotową umowę na wskazanych warunkach

 - W związku z wdrożeniem przez Zamawiającego Zintegrowanego Systemu Zarządzania w zakresie zarządzania środowiskowego (norma ISO14001:2004) oraz zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (norma OHSAS 18001:2007):

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy (ew. podwykonawcy) przebywający na terenie Szpitala będą posiadali wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz aktualne badania lekarskie i specjalistyczne wg. potrzeb

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy (ew. podwykonawcy) przebywający na terenie Szpitala będą posiadali widoczne oznakowanie z logo firmy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).

- oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentem stanowiącym **załącznik A** (Informacja dla Wykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach podczas wykonywania prac na jego terenie)oraz w przypadku wyboru naszej oferty wypełnimy i dostarczymy do siedziby Zamawiającego w terminie do 7 dni od daty zawarcia umowy następujące dokumenty:

 -**załączniki B** (Zobowiązanie Wykonawcy)

 **-załącznik C** (Lista pracowników Wykonawcy poinformowanych o zagrożeniach wynikających

 z działalności Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach)

 -**załącznik D** (Zasady środowiskowe dla Wykonawców).

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego*,* oświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

D/ZP/381/107B/15

Załącznik nr 2a).

............................................................

pieczęć firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**Oświadczam, że zgodnie z art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych spełniam warunki dotyczące:**

* 1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
	2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
	3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
	4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

*..............................................................................*

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/ osób*

*uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

D/ZP/381/107B/15

Załącznik nr 2b).

............................................................

pieczęć firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia z przyczyn,

o których mowa w art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych

*..............................................................................*

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

D/ZP/381/107B/15

Załącznik nr 3

............................................................

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Oświadczenie/ Informacja\* Wykonawcy**

**o przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

**(art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych)**

Oświadczam, że przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50 poz. 331 z poźn.zm.), w której skład wchodzą następujące podmioty:

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

*..............................................................................*

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informuję, że nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r.

 o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50 poz. 331 z poźn.zm.).

*..............................................................................*

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

\**Należy podpisać: Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej* ***LUB*** *Informację*

D/ZP/381/107B/15

Załącznik nr 4

**Formularz cenowy**

 Tabela I - przeglądy techniczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów | Sumaryczna ilość przeglądów całej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto | Wartość Netto(kol.4 x kol.5) | Podatek VAT | Wartośćbrutto |
| (szt.) | % | kwota |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Mikroskop spekularny CSO SP-02 s/n: 09031277 | 1 | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Mikroperymetr Nidek MP1 s/n:MP 1162 | 1 | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Mikroskop konfokalny Nidek Confoscan 4 s/n: CS 4059 | 1 | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | Biomikroskop Paradigm P40 s/n: P400250 | 1 | 2 |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

 Cena za przegląd zawiera wszystkie koszty zwiazane z wykonaniem usługi, w tym dojazd

 Tabela II - naprawa

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto  | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | Podatek VAT | Wartość brutto |
| % | kwota |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Mikroskop spekularny CSO SP-02 s/n: 09031277 | 4 | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | Mikroperymetr Nidek MP1 s/n:MP 1162 |
| 3 | Mikroskop konfokalny Nidek Confoscan 4 s/n: CS 4059 |
| 4 | Biomikroskop Paradigm P40 s/n: P400250 |

 Tabela III

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | WartośćNetto | Podatek VAT | Wartość \*brutto |
| % | kwota |
| koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |  |  |

 *\* tej wartości NIE NALEŻY ujmować w cenie ofertowej (będzie płatna oddzielnie).!!!*

 Opis sposobu obliczenia ceny znajduje się w Pkt XII SIWZ

 Oferuję wykonanie naprawy ww. aparatów w terminie do …………..\*\* dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia (w przypadku, gdy usunięcie awarii wymaga użycia części zamiennych, termin naprawy liczony jest od dnia zlecenia przez Zamawiającego naprawy)

 *\*\* - należy wpisać oferowany termin naprawy od 1 do 5 dni roboczych*

................................................................................

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*