

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
ul. Sobieskiego 4
22-300 Krasnystaw

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Wykonawcy / Wykonawców:

1. Nazwa Wykonawcy albo imię i

nazwisko*:
.....
.....

**Wykonawcy wspólnie składający ofertę tj. np. członkowie konsorcjum, wspólnicy spółki cywilnej, wpisują dane każdego konsorcjanta wraz ze wskazaniem lidera konsorcjum i każdego wspólnika spółki cywilnej.*

2. Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy:

.....
.....

3. Zarejestrowana/y w Sądzie Rejonowym Sądzie Gospodarczym Wydziale Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS

NIP **REGON**

adres internetowy dostępu do w/w dokumentu <https://ems.ms.gov.pl/krs/danepodmiotu>

lub

wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP

adres internetowy dostępu do w/w dokumentu: <https://www.ceidg.gov.pl/>

nr NIP,

lub

inny niż w/w rejestry (dotyczy przedsiębiorców wpisanych do rejestru poza granicami RP)

Nr rejestru prowadzony przez w

adres internetowy dostępu do w/w dokumentu:.....

4. Osoba do kontaktu z Zamawiającym:

5. Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/-ów i podpisująca ofertę:

6. Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:

e-mail:

Zamawiający przekazuje dokumenty, oświadczenia i wnioski w trakcie trwania postępowania na ww. adres poczty elektronicznej wykonawcy, na co wykonawca wyraża zgodę.

Wykonawca niniejszym zobowiązuje się do utrzymania jego funkcjonalności przez czas trwania postępowania. O zmianie adresu poczty elektronicznej do przekazywania korespondencji związanej z danym postępowaniem wykonawca niezwłocznie zawiadamia zamawiającego składając oświadczenie osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy. Domniemywa się, że dokumenty, oświadczenia i wnioski przekazane na adres poczty elektronicznej wskazany w formularzu ofertowym zostały doręczone skutecznie a wykonawca zapoznał się z ich treścią.

adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy znajdującej się na platformie ePUAP:

.....

7. Wykonawca jest:

- ☐ * mikroprzedsiębiorstwem
☐ * małym przedsiębiorstwem
☐ * średnim przedsiębiorstwem
☐ * jednoosobową działalnością gospodarczą
☐ * osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej
☐ * inny rodzaj działalności

*właściwe zaznaczyć poprzez wpisanie znaku X w polu wyboru.

II. Oferowany przedmiot zamówienia

W związku z ogłoszeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym o wartości poniżej 214 000 euro pn. „**Kompleksowa usługa odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych - powtórka**”

oferuję/oferujemy wykonanie zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, na następujących warunkach:

Wartość brutto usługi wynosi zł (48 000 kg)

słownie:

Wartość netto usługi wynosi zł

Podatek VAT% , zł

Cena netto za jeden kg..... zł; cena brutto za 1 kg..... zł

Deklarowany termin gotowości do odbioru awaryjnego (min. 12 – max 24 godzin) w dni robocze , licząc od chwili zgłoszenia (tel., fax, e-mail).

Odległość od spalarni:km

III. Oświadczenie dotyczące postanowień treści SWZ

1. Oświadczam/y, iż odległość od miejsca wytwarzania odpadów (Krasnystaw, ul. Sobieskiego 4) do miejsca instalacji (miejsca przeznaczonego do unieszkodliwiania odpadów) wynosi:

UWAGA! Należy podać jedną odległość – do najbliższej położonej instalacji, z miejsca wytwarzania odpadów. Do podania ilości kilometrów zaleca się wyliczenie odległości na podstawie mapy internetowej www.mapa.targeo.pl, przy czym odległość nie może być liczona w linii prostej, tylko jako odległość samochodowa (drogowa).

Odległość (w km)	Miejscowość (adres), w której znajduje się instalacja

- Oświadczam, że wskazana w pkt. 1 powyżej instalacja, w której będą unieszkodliwiane odpady medyczne będące przedmiotem zamówienia, posiada wolne moce przerobowe wystarczające do realizacji przedmiotu zamówienia.
- Oświadczam/y, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w SWZ i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, y, że załączone do SWZ projektowane postanowienia umowy zostały przeze mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.
7. Oświadczam/y, że zobowiązuję/my się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami określonymi w SWZ i wzorze umowy.
8. Zamówienie wykonam/y samodzielnie / podwykonawcom zamierzam/y powierzyć wykonanie następujących części zamówienia*:

**(Należy podać nazwę podwykonawcy, zakres powierzonych prac, wartość lub procentową część zamówienia)*

9. Zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję/informujemy, że wybór oferty:
 - a) ☐ **nie będzie prowadził*** do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,
 - b) ☐ **będzie prowadził*** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług

Jednocześnie wskazuję/jemy: nazwy (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania

Wraz z określeniem ich wartości bez kwoty podatku

**Należy zaznaczyć właściwe. Brak zaznaczenia będzie oznaczał, że wybór oferty Wykonawcy, nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*

10. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/y, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).

IV. Zastrzeżenie tajemnicy przedsiębiorstwa

Oświadczam/y, że informacje i dokumenty zawarte w Ofercie na stronach od nr do nr stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. Informacje i dokumenty zawarte na pozostałych stronach Oferty są jawne.

(W przypadku utajnienia oferty Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 pkt. 2 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji).

V. Oświadczenie RODO

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 8 do SWZ, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu / Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/ reprezentowanego przeze mnie podmiotu dotyczących / Oświadczam, że wobec mnie/ reprezentowanego przeze mnie podmiotu zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO (niepotrzebne skreślić).

VI. Spis załączników

Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

- 1)
- 2)

3)

Miejscowość data

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.

Załącznik nr 2 do SWZ

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw

Dane Wykonawcy:

Nazwa:
Siedziba/adres:
NIP/PESEL, KRS/CEiGD (w zależności od podmiotu)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Kompleksowa usługa odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych - powtórka**” prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie oświadczam/y, co następuje:

Oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu
--

Oświadczam/y, że **spełniam warunki udziału w postępowaniu** określone przez Zamawiającego w Rozdziale 6 ust. 1 Specyfikacji Warunków Zamówienia

....., dnia.....r.
(miejscowość)

Informacja w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Rozdziale 6 ust. 1 SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....
.....
w następującym zakresie.....
(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

....., dnia.....r.
(miejscowość)

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę

Oświadczenie dotyczące braku podstaw wykluczenia

Oświadczam, że **nie występują** wobec mnie podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, wskazanych w rozdziale 6 SWZ.

Oświadczam, że **zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania wskazanych w rozdziale 6 SWZ na podstawie art. ustawy Pzp/ pkt ... SWZ (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w ustawie Pzp lub SWZ). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze*:

.....

* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

....., dnia.....r.
(miejscowość)

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.
(miejscowość)

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnymstaw

Podmiot udostępniający zasoby:

Nazwa:
Siedziba/adres:
NIP/PESEL, KRS/CEiGD (w zależności od podmiotu)

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY
składane na podstawie art.125 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
Prawo zamówień publicznych**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Kompleksowa usługa odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych - powtórka**” prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie oświadczam/y, co następuje:

Oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu

Oświadczam, że **spełniam warunki udziału w postępowaniu** określone przez Zamawiającego w Rozdziale 6 ust. 1 Specyfikacji Warunków Zamówienia, w zakresie w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby, tj.

....., dnia.....r.
(miejscowość)

Oświadczenie dotyczące braku podstaw wykluczenia

Oświadczam, że **nie występują** wobec mnie podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, wskazanych w rozdziale 6 SWZ.

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. 108 ust 1). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze*:

.....

* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

....., dnia.....r.
(miejscowość)

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.
(miejscowość)

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw

Podmiot udostępniający zasoby:

Nazwa:
Siedziba/adres:
NIP/PESEL, KRS/CEiGD (w zależności od podmiotu)

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY
składane na podstawie art. 118 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
Prawo zamówień publicznych**

Zobowiązuję się do oddania do dyspozycji Wykonawcy/om:
.....

(nazwa i adres Wykonawcy/ów ubiegającego/ych się o zamówienie)

niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia publicznego pn. **„Kompleksowa usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**

- 1) zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:
.....
- 2) sposób wykorzystania przez Wykonawcę zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego:
.....
- 3) zakres i okres udziału przy wykonywaniu zamówienia:
.....

Zobowiązując się do udostępnienia zasobów w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych, w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zgodnie z art. 118 ust. 2 ustawy Pzp, oświadczam, że będę realizował usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane lub których wskazane zdolności dotyczą*.

Zobowiązując się do udostępnienia zasobów w zakresie sytuacji finansowej lub ekonomicznej, zgodnie z art. 120 ustawy Pzp, oświadczam, że będę odpowiadał solidarnie z Wykonawcą za szkodę poniesioną przez Zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie będę ponosił winy*

....., dnia.....r.
(miejscowość)

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw

Podmiot udostępniający zasoby:

Nazwa:
Siedziba/adres:
NIP/PESEL, KRS/CEiGD (w zależności od podmiotu)

OŚWIADCZENIE

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia,
składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Kompleksowa usługa odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych - powtórka**” oświadczamy, że:

1. Wykonawca: zrealizuje
niżej wymienione roboty budowlane / dostawy / usługi:
1)
2)
3)
2. Wykonawca: zrealizuje
niżej wymienione roboty budowlane / dostawy / usługi:
1)
2)
3)
3. Wykonawca: zrealizuje
niżej wymienione roboty budowlane / dostawy / usługi:
1)
2)
3)

....., dnia.....r.
(miejscowość)

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw

Dane Wykonawcy:

Nazwa:
Siedziba/adres:
NIP/PESEL, KRS/CEiGD (w zależności od podmiotu)

WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU

W celu potwierdzenia, spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Kompleksowa usługa odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych - powtórka”** przedstawiam wykaz środków transportu dostępnych mi w celu wykonania zamówienia publicznego:

L.p.	Środek transportu (marka, model, rok produkcji, nr rejestracyjny)	Ilość	Podstawa dysponowania zasobami

Informacja:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę