***Załącznik nr 1 do SWZ***

**Dane** **Zamawiającego**:

Samodzielny Publiczny Zespół

Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie

ul. Sobieskiego 4

22-300 Krasnystaw

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| 1. **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.*

1. **Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy:**

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

Województwo: ……………………………

1. **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](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:……………………………………...………………...…….

1. **Osoba do kontaktu z Zamawiającym**: …………………………………………………….………………
2. **Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/-ów i podpisująca ofertę**: …………………………
3. **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:** ….………………………………………………………………………….………….………………….….

1. 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.*

|  |
| --- |
| 1. **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 II”**

**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**

|  |
| --- |
| 1. **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 najbliżej 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** |
|  |  |

1. 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.
2. Oświadczam/y, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w SWZ   
   i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
4. 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.
5. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.
6. Oświadczam/y, że zobowiązuję/my się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny   
   z warunkami określonymi w SWZ i wzorze umowy.
7. Zamówienie wykonam/y samodzielnie / podwykonawcom zamierzam/y powierzyć wykonanie następujących części zamówienia\*: ……………………………………………………………………….

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

1. Zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję/informujemy, że wybór oferty:
2. [ ] **nie będzie prowadził\*** do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,
3. [ ] **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*

1. **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).**

|  |
| --- |
| 1. **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).*

|  |
| --- |
| 1. **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).

|  |
| --- |
| 1. **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 II ”** 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*

***Załącznik nr 3 do SWZ***

**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 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 II”** 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*

***Załącznik nr 4 do SWZ***

**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 UDOSTEPNIAJACEGO 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 II ”**

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby: ………………………….

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

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

1. sposób wykorzystania przez Wykonawcę zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego: …….

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

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

1. 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*

***Załącznik nr 5 do SWZ***

**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 II”** oświadczamy, że:

1. Wykonawca: …………………………………………………………………………… zrealizuje niżej wymienione roboty budowlane / dostawy / usługi:
2. ……………………………………………………….
3. ……………………………………………………….
4. ……………………………………………………….
5. Wykonawca: …………………………………………………………………….…….. zrealizuje niżej wymienione roboty budowlane / dostawy / usługi:
6. ……………………………………………………….
7. ……………………………………………………….
8. ……………………………………………………….
9. Wykonawca: …………………………………………………………………………….. zrealizuje niżej wymienione roboty budowlane / dostawy / usługi:
10. ……………………………………………………….
11. ……………………………………………………….
12. ……………………………………………………….

……………., 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*

***Załącznik nr 6 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)* ……………………………………………………….

**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 II ”** 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*