* **Załącznik nr 1**

................................ ...............….........2019 r.

(pieczątka firmowa)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

#### REGON........................................................................................................................................

NIP ..............................................................................................................................................

Nr konta bankowego ....................................................................................................................

Telefon ............................................FAX.....................................................................................

e-mail ……………………………………………………………………………………………

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem : 🞎 Tak 🞎 Nie

***Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych,
od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego
w niniejszym postępowaniu.\*

…………………………………..

 podpis Wykonawcy

1)rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Niniejszym składam ofertę na:**
ogłoszony przez

**Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2 przetarg nieograniczony na** **świadczenie usługi wykonania analiz czystości mikrobiologicznej.**

**znak przetargu: CLO/ZP/21/2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | Asortyment | **j.m.** | **Ilość w okresie trwania umowy**  | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Badanie czystości mikrobiologicznej produktu farmaceutycznego\* | szt. | 125 |  |  |  |  |
| 2. | Monitoring środowiska:* Badanie czystości mikrobiologicznej powietrza metodą aspiracyjną \*
* Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni metodą odciskową (ściany, podłogi, maszyny, personelu) – i/lub wymazową z miejsc trudno dostępnych \*
* Badanie czystości mikrobiologicznej powietrza metodą sedymentacji\*
 | szt. | 1815 |  |  |  |  |
| 3 | Transport próbek mikrobiologicznych | transport\*\*  | 140 |  |  |  |  |
| 4 | Pobór prób przez Wykonawcę przy użyciu aparatu Wykonawcy w siedzibie Zamawiającego | przejazd\*\*\* | 10 |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

**\*Pobór prób będzie przeprowadzany przez pracowników Zamawiającego, przy użyciu aparatu AIR IDEAl AIR Sampler 90 MM oraz aparatu Aplikator Count-TactTM firmy Biomérieux. Wykonawca jest obowiązany na własny koszt dostarczyć Zamawiającemu podłoża pasujące do aparatu Zamawiającego, umożliwiające prawidłowe pobranie prób**. Każda seria dostarczonych podłoży musi posiadać certyfikat GMP, być sterylizowana radiacyjne
i zabezpieczona w potrójne opakowanie zewnętrzne. Zamawiający akceptuje również certyfikaty wydane przez inne równoważne jednostki oceniające zgodność z Dobrą Praktyką Wytwarzania.

Dla każdej serii dostarczonych podłoży Wykonawca musi przeprowadzić badanie żyzności (zgodnie z Farmakopeą Europejską i obowiązującym prawodawstwem polskim i europejskim) oraz dostarczyć kopię protokołu z tego badania potwierdzonego przez Osobę Wykwalifikowaną w rozumieniu art. 48 ustawy Prawo Farmaceutyczne.

Prawidłowość pobrania prób będzie potwierdzana przez Osobę Wykwalifikowaną Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela, która posiada zgodę **GIF (GIF-IWZJ.400.18.2018.KL.2**) **na wytwarzanie produktów leczniczych terapii zaawansowanej - wyjątków szpitalnych/** z dnia **17 kwietnia 2018** **r.**

\*\* **transport** – odebranie materiału przeznaczonego do badania z siedziby Zamawiającego i dostarczenie tegoż materiału do laboratorium Wykonawcy.

\*\*\***przejazd** – przyjazd pracownika Wykonawcy do siedziby Zamawiającego, pobór prób do badań przez pracownika Wykonawcy przy użyciu aparatu Wykonawcy, odebranie materiału przeznaczonego do badania z siedziby Zamawiającego, dostarczenie pobranego materiału do laboratorium Wykonawcy.

**Wartość: ........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

wartość netto - ......................................... zł.

podatek VAT - ....................................... zł

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

 podpis Wykonawcy

 **Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

ul. Jana Pawła II 2

41-100 Siemianowice Śląskie

**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**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy CLO/ZP/21/2019 prowadzonego przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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

…………….…….*,*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:

………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………….……. dnia …………………. r. …………………………………………

 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:  ……………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. 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.

…………….…….dnia …………………. r. …………………………………………

 *(podpis)*