* **Załącznik nr 1**

...............….........2021 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .

Adres .

REGON

NIP

telefon .................................. e-mail

adres skrzynki ePUAP

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Rodzaj wykonawcy (zaznaczyć jedno z poniższych):

🞎 mikroprzedsiębiorstwo,

🞎 małe przedsiębiorstwo,

🞎 średnie przedsiębiorstwo,

🞎 jednoosobowa działalność gospodarcza,

🞎 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

🞎 inny rodzaj.

***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, z późn. zm.).

\* 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 w**

ogłoszonym przez

**Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2 postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr CLO/ZP/25/2021**

**Zgrzewarka - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Wymagania zamawiającego |
| **I.** | **Parametry ogólne** |
| 1. | Zgrzewarka umożliwiająca wykonanie spawu zamykającego worek foliowy (PE, PP/papier) z zapakowanym przeszczepem tkankowym, który może być poddawany finalnej sterylizacji radiacyjnej dawką do 35 kGy. |
| 2. | Zgrzewarka posiadająca dwie zgrzewające szczęki, które umożliwiają wykonanie zgrzewu o maksymalnej  długości 30 cm i minimalnej szerokości 3 mm. Zgrzew pojedynczy. |
| 3. | Możliwość regulowania czasu wykonania zgrzewu i chłodzenia za pomocą panelu sterującego. |
| 4. | Powtarzalność siły nacisku szczęk zapewniająca powtarzalne parametry zgrzewu. |
| **II.** | **Pozostałe** |
| 1. | Wykonanie kwalifikacji IQ, OQ zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r.( Dz.U 2020 poz. 1868) zmieniającym rozporządzenie w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania lub innymi regulacjami wdrażającymi dyrektywę Komisji (UE) 2017/1572 z dnia 15 września 2017 r. uzupeł­niającą dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do zasad i wytycznych dobrej praktyki wytwarzania produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE L 238 z 16.09.2017, str. 44). |

**Oferuję urządzenie**

*(typ/model ………………………………………………………………….*

*(produkcji) ………………………………………………………………….*

*(kraj pochodzenia) ………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** |  | **j.m.** | **ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Zgrzewarka | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |  |

**Wartość brutto ........................ 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)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy CLO/ZP/25/2021 prowadzonego  
przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. 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 pkt 1,2 i 5).*

Oświadczam, że spełniam łącznie wszystkie przesłanki określone w art. 110 ust. 2 Pzp, które stanowią podstawę do uznania za rzetelnie podjęte przeze mnie działania w procesie sanacyjnym przez Zamawiającego.

Na potwierdzenie mojego oświadczenia przedstawiam następujące dokumenty:

1. .…………………………………………………………………………………………………..
2. .…………………………………………………………………………………………………..
3. .…………………………………………………………………………………………………..
4. .…………………………………………………………………………………………………..

**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)*