**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, żewypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13lubart. 14RODO1) wobec osób fizycznych,
od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałemw 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/45/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 1*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Woreczki służące do transportu próbek, wykonane z folii. Na opakowaniu oznaczenie sugerujące materiał biologiczny. Wyposażone w dodatkową kieszeń na dokumenty. Worki posiadające zamknięcie samoprzylepne, które jest wodoszczelne.Rozmiar 20 x 25 cm (+/- 5 cm). | sztuka | 4000 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 1 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

 ………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 2*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Wielorazowy uchwyt do lamp kompatybilny z lampą MediLed Symphony SurgicalLight Class 76 | sztuka | ~~4~~ |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 2 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

 ………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 3*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Doppler naczyniowy „kieszonkowy” w zestawie z minimum jedną sondą 8MHz, etui. Wbudowany głośnik, dodatkowo możliwość podłączenia słuchawek (przejście na tryb słuchawkowy).Źródło zasilania wewnętrzne (baterie/akumulator) dołączone do zestawu. Funkcja automatycznego wyłączenia. Wymiary nie większe niż 20 x 10 x 3 cm. Waga nie większa niż 400 g.*Wyrób medyczny.* | zestaw | 2 |  |  | 8% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 3 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

 ………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 4*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Pojemnik/wanna do dezynfekcji pojemność użytkowa 3,0-3,5 l.Wykonana z tworzywa sztucznego, odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych. W składzie co najmniej:* pojemnik główny;
* sito - element perforowany, umożliwiający wyciąganie narzędzi;
* pokrywka.

Rozmiar wewnętrzny sita: 21 x 16 x 9 cm (+/- 2 cm). | sztuka | 5 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pojemnik/wanna do dezynfekcji pojemność użytkowa 5 l.Wykonana z tworzywa sztucznego, odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych. W składzie co najmniej:* pojemnik główny,
* sito - element perforowany, umożliwiający wyciąganie narzędzi,
* pokrywka.

Rozmiar wewnętrzny sita: 26 x 20 x 12 cm (+/- 2 cm). | sztuka | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pojemnik/wanna do dezynfekcji pojemność użytkowa 10 l.Wykonana z tworzywa sztucznego, odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych. W składzie co najmniej:* pojemnik główny,
* sito - element perforowany, umożliwiający wyciąganie narzędzi,
* pokrywka.

Rozmiar wewnętrzny sita: 32 x 25 x 15 cm (+/- 2 cm). | sztuka | 8 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 4 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

 ………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 5*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Pasta stomijna, uszczelniająca, przeznaczona do uzupełniania nierówności i blizn na skórze, bez alkoholu. Opakowanie 50g-60g | sztuka | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 5 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

 ………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 6*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Deska ortopedyczna dla dorosłych ze stabilizatorem głowy i pasami stabilizującymi służąca do bezpiecznej ewakuacji, zabezpieczania i transportu osób poszkodowanych, z podejrzeniem lub rozpoznaniem urazu kręgosłupa, miednicy lub urazów wielonarządowych.Stabilizator głowy i deska wykonane z materiału odpornego na nasiąkanie i odpornego na dezynfekcję.*Wyrób medyczny.* | sztuka | 1 |  |  | 8% |  |  |
| 2. | Kołnierz ortopedyczny dla dorosłego, regulowany, umożliwiający uzyskanie minimum 14 ustawień rozmiaru. Wykonany z elastycznego tworzywa sztucznego, podatny na formowanie. Wykonany z materiałów niewidocznych dla promieniowania X oraz możliwych do użytkowania podczas CT i MRI.*Wyrób medyczny.* | sztuka | 5 |  |  | 8% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 6 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

 ………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia*****Pakiet 7*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa /****nr katalogowy** |
| 1. | Ciśnieniomierz przenośny zegarowy z ręcznym zaworem obrotowym. Przeznaczony do profesjonalnego pomiaru ciśnienia tętniczego w placówkach medycznych.Budowa zapewniająca odporność na wstrząsy. Tarcza o wielkości 50 mm (+/- 5 mm).Dokładność pomiaru: ± 3mm Hg. Co najmniej 5 letnia gwarancja kalibracji.Mankiet dla dorosłych do pomiaru na ramieniu.Ciśnieniomierz zapakowany w etui.*Wyrób medyczny.* | sztuka | 12 |  |  | 8% |  |  |
| 2. | Mankiet jednorazowy dla dorosłych na ramię kompatybilny z ciśnieniomierzem z pozycji 1.*Wyrób medyczny.* | sztuka | 200 |  |  | 8% |  |  |
| 3. | Mankiet wielorazowy dla dorosłych na ramię kompatybilny z ciśnieniomierzem z pozycji 1.*Wyrób medyczny* | sztuka | 4 |  |  | 8% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 7 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

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. 273ust. 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/45/2021** 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 ustawy 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)*