***Załącznik Nr 1 do SIWZ***

pieczęć wykonawcy

## **FORMULARZ OFERTY**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY**

**ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego**

**09-400 Płock, ul. Gwardii Ludowej 5.**

odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest – ***dostawa dwóch ambulansów sanitarnych typ C i trzech ambulansów sanitarnych typu A 1*** opublikowane w …………….. pod nr …………. dnia ……….. 2015r. , oraz zamieszczone na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego. Oznaczone znakiem:   
**TZPiZI-3813/03/D/15**

JA NIŻEJ PODPISANY/ MY NIŻEJ PODPISANI\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imiona i nazwiska osób reprezentujących Wykonawcę

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa firmy lub imię i  Nazwisko Wykonawcy\* | ……………………………………………………………………………………………………………………..…...  ………………………………………………………………………………………………………….………………… |
| Adres siedziby  Wykonawcy | ………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| REGON | ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| NIP | ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Nr telefonu/faksu | tel. …………………………………………….. fax. …………….………………………………. |
| Strona internetowa/adres e-mail: | ……………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. **Oferuję/my\* realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami i postanowieniami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i jej załącznikach, wyjaśnień i modyfikacji oraz poniższego opisu:**
2. **2 sztuki ambulansów sanitarnych typu C** marki ….……………. model …………………….. rok produkcji ……………………., wyprodukowane przez ………………………………………… z zamontowaną lawetą ………………………………………………………………………………

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

i wyposażeniem firmy/firm:

* + - 1. Nosze główne wraz z transporterem szt. 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

* + - 1. Nosze podbierające szt. 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

* + - 1. Krzesełko kardiologiczne szt. 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

* + - 1. Deska ortopedyczna szt. 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

1. **3 sztuki ambulansów sanitarnych typu A1** marki ….……………. model …………………… rok produkcji ……………………., wyprodukowane przez ………………………………………… z zamontowaną lawetą ………………………………………………………………………………

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

i wyposażeniem firmy/firm:

* + - 1. Nosze główne wraz z transporterem szt. 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji

1. **Cena mojej (naszej) oferty za realizację przedmiotu zamówienia wynosi:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Ilość sztuk | Wartość netto  w PLN | Podatek  VAT  w PLN | Wartość brutto  w PLN |
| 1. | **AMBULANS SANITARNY TYPU „C” wraz z lawetą** | 2 |  |  |  |
| wyposażony w **sprzęt medyczny:**  nosze z transporterem  krzesełko kardiologiczne  deska ortopedyczna  nosze podbierajace | 2  2  2  2 |  |  |  |
| 3.  4. | **AMBULANS SANITARNY TYPU „A1” wraz z lawetą** | 3 |  |  |  |
| wyposażony w **sprzęt medyczny:**  nosze z transporterem | 3 |  |  |  |
| **5.** | Koszt finansowania płatności ratalnej | 1 |  |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | |  |  |  |

Podana cena oferty obejmuje wszystkie koszty niezbędne do należytego wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

**Cena oferty (parametr oceniany):**

netto ………………. PLN, (słownie ……………………………………..……………………………).

brutto ……………. PLN (słownie ……………………………………………………..………………).

**ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania przedmiotu zamówienia w **terminie ………… dni**licząc od podpisania umowy (max. 40 dni) parametr oceniany.

**Do oferty załączam – wypełniony i podpisany opis przedmiotu zamówienia.** Zał. Nr … str.....

1. **Potwierdzam/my\* spełnienie wymagań formalno prawnych, na potwierdzenie załączam następujące dokumenty:**
2. **oświadczenie potwierdzające spełnienie przez Wykonawcę warunków** określonych   
   w § 5 ust. 1 SIWZ sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 3 do SIWZ Zał. Nr … str. ...
3. wykazu potwierdzającego, ze Wykonawca wykonał w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert , a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 1 dostawę - ambulansów sanitarnych zgodnie z normą PN-EN 1789 o wartości minimum 900.000,00 złotych brutto wraz z załączeniem dowodów, czy zostały wykonane należyciektórego wzór stanowi *załącznik nr 5 do SIWZ.* Zał. Nr … str.....
4. **oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia** na podstawie art. 24 ust 1 ustawy P.z.p. sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 4. do SIWZ. Zał. Nr … str.....
5. **aktualnego odpisu z właściwego rejestru** lub **centralnej ewidencji i informacji   
   o działalności gospodarczej**, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy P z. p. wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Zał. Nr … str…
6. w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik **– pełnomocnictwo** określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy Zał. Nr…… str.….
7. **aktualne zaświadczenie właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego** potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków bądź, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert. Zał. Nr …….. str..….
8. **aktualne zaświadczenie właściwego** oddziału **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** lub **Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego** potwierdzające, że Wykonawca nie zalega   
   z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności, lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji organu wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert. Zał. Nr ……str. …..
9. **informację o przynależności do grupy kapitałowej** (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.) sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 6 do SIWZ Zał. Nr …….str. ….
10. **pisemne zobowiązanie** podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia – wypełniony ***załącznik nr 7 do SIWZ.***

Zał. Nr ……str. .….

1. w przypadku, gdy ofertę składają **Wykonawcy ubiegający się wspólnie** o udzielenie zamówienia – dokument pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w danym postępowaniu. Zał. Nr …….. str.….
2. **Świadectwo homologacji** (kserokopia) na samochód specjalny – sanitarny skompletowany wraz z załącznikami, jeżeli świadectwo homologacji obejmuje załączniki dla samochodu sanitarnego skompletowanego. Wykonawca oryginał dostarczy podczas odbioru pojazdów. Zał. Nr ………str. …..
3. **Deklaracje zgodności CE** zgodnie z wymaganiami w opisie przedmiotu zamówienia oraz Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789   
   - załączyć raport wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną. Zał. Nr … str. ….
4. **aktualne świadectwo rejestracji** Ministerstwa Zdrowia lub świadectwo dopuszczenia do obrotu lub świadectwo jakości lub świadectwo dopuszczenia do stosowania lub pozytywną opinię   
   o wyrobie medycznym lub deklarację zgodności lub oznaczone znakiem zgodności lub znakiem zgodności CE zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 876). Zał. Nr ……...… str. …...
5. **Oświadczenia i potwierdzenia Wykonawcy przyjęcia do wiadomości warunków   
   i ustaleń**
6. **OŚWIADCZAM(Y)**,\* że zapoznałem się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia   
   oraz wyjaśnieniami i zmianami SIWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
7. **OŚWIADCZAM(Y),\*** że uważam się związany niniejsza ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
8. **OŚWIADCZAM(Y),\*** że zapoznaliśmy się z warunkami umowy i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę w terminie oraz miejscu wskazanym przez Zamawiającego nie później jednak niż do końca okresu związania ofertą.
9. **OŚWIADCZAM(Y),\*** iż informacje i dokumenty zawarte w oddzielnej kopercie „Tajemnica przedsiębiorstwa”, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazujemy na stronie …….. oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępnione.
10. **OŚWIADCZAM(Y)\***, że wybór oferty będzie prowadził/ nie będzie prowadził *(niepotrzebne skreślić*)\* do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami   
    o podatku od towarów i usług. (Jeśli będzie prowadził wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku w niniejszym dokumencie).
11. **OŚWIADCZAM(Y)\*, iż**
12. Zamówienie zrealizuję(-my) samodzielnie**\***
13. Powierzę(-ymy) podwykonawcom wykonanie zamówienia w następującym zakresie (proszę wymienić części zamówienia, których powierzenie dotyczy):**\***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa firmy i zakres prac)

1. Nazwa (firmy) podwykonawcy, na których zasoby powołujemy się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy P.z.p., w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu,   
   o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy P.z.p. *(jeżeli dotyczy).*

(nazwa firma, zasób)

1. Upoważniam/my następującą osobę do kontaktów w celu uzyskania dalszych informacji, jeżeli będą wymagane : ………………………………………………………………………… tel./fax. …………………………
2. W zakresie obowiązków wynikających w trakcie realizacji umowy *(przyjmowanie reklamacji),* upoważniamy Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………..

tel./fax. …………………………………………………………………. adres email: ……………………………………….

1. Z uwagi na to, że nasza Firma ma siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej składamy zamiennie, zgodnie z zapisami …………………. SIWZ następujące, wystawione zgodnie z prawem kraju, w którym Firma ma siedzibę, dokumenty: …………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OFERTĘ** wraz z załącznikamiskładam(y) na …………. kolejno ponumerowanych stronach.

……………………………. dnia ………2015 roku

……………………………………………….

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

\*niepotrzebne skreślić