Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTY\*

**Do:**

**Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie**

**ul. Wielicka 265**

**30-663 Kraków**

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa:.........................................................................................................................................................................

Siedziba:.....................................................kod...................................ul.....................................................................

Województwo:...................................................................

Nr telefonu/fax:..................................................................

http:// ..................................................... e-mail ..........................................................................................................

NIP:..................................................

REGON............................................

W odpowiedzi na ogłoszenie opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznych, a także pod adresem: bip.usdk.pl oraz w siedzibie Zamawiającego, składam ofertę na w ramach postępowania na **Dostawę odczynników do oznaczania poziomu leków wraz z dzierżawą analizatorów**,prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego o wartości poniżej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 144 000,00 euro.

**ZOBOWIĄZANIE WYKONAWCY**

1. Zobowiązuję się do sukcesywnej realizacji przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem bieżących potrzeb Zamawiającego przez okres **24 miesięcy** od daty podpisania umowy, na podstawie jednostkowych zamówień składanych drogą elektroniczną lub faxem.
2. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z załączonym formularzem Kalkulacja cenowa (zał. nr 3/1, 3/2, 3/3 do SIWZ) oraz za cenę:

|  |
| --- |
| brutto: …………………………………. zł (słownie) …………………………………………………………………………………………………………….  netto : ………………………………... zł (słownie)………………………………………………………………………………………………………………. |

1. Wymagany termin niezmienności cen jednostkowych netto na dostarczone odczynniki, kalibratory i materiały zużywalne przez ………..miesięcy (min 12 miesięcy) od daty podpisania umowy.
2. Wymagany termin niezmienności cen jednostkowych netto na dzierżawione analizatory przez okres trwania umowy
3. Oświadczam, że oferowane produkty będą posiadały optymalnie długi termin przydatności wynoszący ……… m-cy (min. 6 miesięcy) od daty dostawy i będą odpowiednio zabezpieczone na czas transportu.
4. Poszczególne dostawy w terminie ……………. max – 14 dni na podstawie zamówień jednostkowych składanych faxem lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
5. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z załączonym formularzem cenowym (załącznik nr 3/1 do SIWZ- ODCZYNNIKI TABELA NR 1

Za cenę netto………………………………………………………………..zł; brutto ………………………………………………………………..zł

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z załączonym formularzem cenowym (załącznik nr 3/2 do SIWZ-KALIBRATORY TABELA NR 2

Za cenę netto………………………………………………………………..zł; brutto ………………………………………………..……………..zł

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z załączonym formularzem cenowym (załącznik nr 3/3 do SIWZ-MATERIAŁY ZUZYWALNE TABELA NR 3

Za cenę netto…………………………………………………………………….zł; brutto ……………………………………………………………..zł

1. Oświadczam, że oddajemy w dzierżawę na okres 24 miesięcy: aparat ……………… o wartości netto………….. zł brutto.......................... zł , nr seryjny........................., rok produkcji.....................,
2. Oświadczam, że oddajemy w dzierżawę na okres 24 miesięcy: aparat ……………… o wartości netto………….. zł brutto.......................... zł , nr seryjny........................., rok produkcji.....................,
3. Czynsz dzierżawny za 1 miesiąc wynosi wartość netto………..........zł; Vat% .............. wartość brutto ........................................ zł
4. Czynsz dzierżawny za 24 miesiące wynosi wartość netto……..............................zł; wartość brutto ....................................... zł.
5. Akceptuję podany przez Zamawiającego termin płatności, który wynosi ………dni\* (min. 60 dni) od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury.
6. Czynsz dzierżawny płacony będzie przez kolejne 24 miesiące licząc od daty instalacji urządzenia, na podstawie faktur wystawianych przez WYKONAWCĘ (WYDZIERŻAWIAJĄCEGO)
7. Czynsz dzierżawny płatny miesięcznie, na podstawie faktury wystawionej na koniec miesiąca i dostarczonej do Zamawiającego do 10 dnia następnego miesiąca, w terminie ………dni (min. 60 dni) od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury.
8. Wykonawca oświadcza, że czynsz dzierżawny nie ulegnie zmianie przez okres trwania umowy dzierżawy urządzeń, z zastrzeżeniem postanowień §6 umowy dzierżawy.
9. Oświadczam, że urządzenie posiada możliwość podłączenia do systemu informatycznego użytkownika
10. Oświadczam, że w razie awarii urządzenia, zgłoszenie awarii należy dokonać:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ (podać nazwę firmy, dane teleadresowe,

tym wykaz osób do stałych kontaktów w dni robocze i świąteczne wraz z numerami telefonów).

1. Czas telefonicznej reakcji na zgłoszenie wynosi ……… godz. (max. 24 godz.) od chwili zgłoszenia,   
   w godz. 7-15, w dni robocze).
2. Oświadczam, że czas przystąpienia do naprawy nie przekroczy 24 godzin od chwili zgłoszenia przez 7 dni w tygodniu.
3. Termin usunięcia wad nie przekroczy………godzin (max.24 godziny) od zgłoszenia.
4. Oświadczam, że bezpłatnie przeszkolimy personel Zamawiającego w zakresie obsługi urządzenia.
5. Oświadczam, że urządzenie będące przedmiotem dzierżawy dostarczymy do siedziby Zamawiającego w terminie…………..(max. 14 dni) od daty podpisania umowy i dokonamy zainstalowania w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz pokryjemy wszystkie dodatkowe koszty związane z zamontowaniem urządzenia.
6. Oświadczam, że akceptujemy warunki serwisu aparatu określone w §4 pkt 1 Istotnych postanowień umowy dzierżawy urządzenia.
7. Oświadczam, że maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji będzie wynosił…….(max 14 dni) od daty złożenia. Zgłoszenia reklamacji będą dokonywane w formie elektronicznej na adres e-mail: ………………………
8. Oświadczam, że oferowane produkty są zgodne z wymaganiami określonymi SIWZ.
9. Oświadczam, że oferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. 2017, poz. 211).
10. Zobowiązuję się do przedłożenia na każde wezwanie Zamawiającego aktualnych dokumentów potwierdzających dopuszczenie oferowanego przedmiotu zamówienia do obrotu na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 20 maja 2010 roku – o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. 2017 poz. 211).
11. Pozostajemy związani niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
12. Oświadczam, że przedmiot zamówienia zrealizujemy bez udziału podwykonawców/ z udziałem następujących podwykonawców \*\*):

………………………………………………………z siedzibą w ……………………………………………..

……………………………………………………… z siedzibą w …………………………………………….

w zakresie:

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

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

26.Oświadczam, że akceptujemy zawarte w specyfikacji, istotne postanowienia umowy i w przypadku   
 wybrania naszej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach,   
 w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

27.Oświadczam, że wybór naszej oferty:

□ będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami   
o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)

□ nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

Dane do umowy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy | | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | | |
|  |  | | |
| Osoba(y), odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy | | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | | Nr tel./ fax/ e-mail |
|  |  | |  |
| Nr rachunku bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą | | | |
| Nazwa banku | | Adres | Nr rachunku |
|  | |  |  |

Oświadczamy, że na stronach ............................................ oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.

……................., dnia …………… ………………………………………………………………………….. (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

\*) należy złożyć dla każdego zadania odrębnie

*\*\*) zaznaczyć właściw*

Załącznik nr 3/1 do SIWZ

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:..................................................................................................................................................................

**ODCZYNNIKI**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa testu** | **Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń**  **na 24 miesiące** | **Ilość opakowań na**  **24 miesiące** | **Cena 1 op. netto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** | |
| 1 | Amikacyna |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 2 | Digoksyna |  | 1800 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 3 | Cyklosporyna |  | 3200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 4 | Mizodin |  | 240 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 5 | Fenytoina |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6 | Etosuksimid |  | 360 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 7 | Gentamycyna |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 8 | Amizepin |  | 2400 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 9 | Kofeina |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 10 | Depakina |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 11 | Luminal |  | 2000 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 12 | Metotreksat |  | 2000 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 13 | Keepra |  | 1000 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 14 | Lamotrigina |  | 1400 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 15 | Tapamax |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 16 | Teofilina |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 17 | Wankomycyna |  | 4000 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 18 | Acetaminofen\* |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 19 | Kwas mykofenolowy\* |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 20 | Sirolimus\* |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 21 | Gabapentin |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 22 | Takrolimus\* |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 23 | Tobramycyna |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 24 | ZONISAMIDE |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 25 | TDM Kontrolki BIO- RAD |  | 16 op. |  |  |  |  |  |  |  | |
| 26 | MORE ISD Control Level 1 |  | 8 op. |  |  |  |  |  |  |  | |
| 27 | MORE ISD Control Level 2 |  | 8 op. |  |  |  |  |  |  |  | |
| 28 | MORE ISD Control Level 3 |  | 8.op |  |  |  |  |  |  |  | |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | **Liczba miesięcy** | Czynsz dzierżawny za 1 miesiąc | Wartość netto za 24 miesiące | VAT w % | Wartość VAT | Wartość brutto |
| **DZIERZAWA ANALIZATORÓW** | | | | | | **24** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | | X |  |  |  |  |

**\*- tylko w przypadku wprowadzenia terapii przez jednostki, dla których wykonujemy oznaczenia.**

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

miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 3/2 do siwz**

**Kalibratory na podaną ilość testów**

**Tabela nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa testu** | **Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń**  **na 24 miesiące** | **Ilość opakowań**  **na 24 miesiące** | **Cena 1 op. netto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Poducent** |
| 1 | Amikacyna |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Digoksyna |  | 1800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Cyklosporyna |  | 3200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Mizodin |  | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Fenytoina |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Etosuksimid |  | 360 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Gentamycyna |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Amizepin |  | 2400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Kofeina |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Depakina |  | 3600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Luminal) |  | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Metotreksat) |  | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Keepra |  | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Lamotrigina |  | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Tapamax |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Teofilina |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Wankomycyna |  | 4000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Acetaminofen\* |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Kwas mykofenolowy\* |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Sirolimus\* |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Gabapentin |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Takrolimus\* |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Tobramycyna |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | ZONISAMIDE |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | TDM Kontrolki BIO- RAD |  | 16 op. |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | MORE ISD Control Level 1 |  | 8 op. |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | MORE ISD Control Level 2 |  | 8 op. |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | MORE ISD Control Level 3 |  | 8.op |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |  |  |

**\*- tylko w przypadku wprowadzenia terapii przez jednostki, dla których wykonujemy oznaczenia.**

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

miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 3/3 do siwz**

**Materiały zużywalne na podaną w tabeli nr 1 ilość oznaczeń obejmującą okres 24 miesięcy**

**Tabela nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa asortymentu** | **Nr katalogowy** | **Ilość opakowań** | **Cena 1 op. netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | **RAZEM** |  |  |  |  |  | |

………………………………… ………………………………………………………

/miejscowość, data/ /podpis osoby upoważnionej/

**Załącznik nr 3/4 do siwz**

**GRANICZNE CECHY ANALIZATORÓW**

**Nazwa oferowanego analizatora (analizator podstawowy) : …………………………………………………**

Typ: ………………………. Model:……………………………….

Producent:…………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………….………………………………

Deklaracja zgodności : …………..…………….……..……….

**Nazwa oferowanego analizatora (analizator pomocniczy): …………………………..…………………….**

Typ: ………………………. Model:……………………………….

Producent:…………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………….………………………………

Deklaracja zgodności : …………..…………….……..……….

**Tabela nr 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane graniczne parametry analizatora | Warunek graniczny | Odpowiedź:  TAK/NIE |
| 1 | Dwa analizatory do oznaczania leków i narkotyków.  Analizator podstawowy - rok produkcji 2015.  Analizator pomocniczy, nie starszy niż z 2015 . – Podać | TAK |  |
| 2 | Analizatory posiadające takie samo menu oznaczanych testów oraz pracujące w oparciu o takie same odczynniki, kalibratory, kontrole i materiały zużywalne (płyny, kuwety pomiarowe | TAK |  |
| 3 | Pomiar metodą immunoenzymatyczną (EMIT) dla każdego z analizatorów | TAK |  |
| 4 | Analizatory pracujące w systemie Random Access. | TAK |  |
| 5 | Opcja STAT dla każdego z analizatorów | TAK |  |
| 6 | Analizator podstawowy posiadający wbudowany backup | TAK |  |
| 7 | Czas do otrzymania pierwszego wyniku nie dłuższy niż 15 min dla każdego z analizatorów - Podać | TAK |  |
| 8 | Wydajność analizatorów: podstawowego powyżej 200 testów/ godzinę, pomocniczego: powyżej 100 testów/ godzinę. | TAK |  |
| 9 | Możliwość wyboru rodzaju kalkulacji krzywej kalibracyjnej dla obu analizatorów | TAK |  |
| 10 | Chłodzenie odczynników na pokładzie analizatorów | TAK |  |
| 11 | Ilość pozycji odczynnikowych:  dla analizatora podstawowego – min. 50 Podać | TAK |  |
| 12 | Ładowność: dla analizatora podstawowego – min. 60 pozycji na próbki Podać | TAK |  |
| 13 | Chłodzenie odczynników na pokładzie każdego z analizatorów | TAK |  |
| 14 | Automatyczna detekcja objętości odczynnika w obu analizatorach | TAK |  |
| 15 | Możliwość pracy z probówek lub tzw. „sample cups” w obu analizatorach | TAK |  |
| 16 | Możliwość doładowywania odczynników i probówek w czasie pracy analizatorów | TAK |  |
| 17 | Zużycie wody: w analizatorze podstawowym: max. 6 I/h Podać | TAK |  |
| 18 | Wbudowany system kontroli jakości: reguły Westgarda, wykres Levey- Jennings´a w obu analizatorach | TAK |  |
| 19 | Dwukierunkowa komunikacja z komputerem (RS 232 C). Podłączenie do LIS obu analizatorów na koszt Wykonawcy | TAK |  |
| 20 | Analizatory wyposażone w drukarkę | TAK |  |
| 21 | Wbudowany czytnik kodów paskowych próbek w analizatorze podstawowym. Przynajmniej zewnętrzny czytnik kodów paskowych dla analizatora pomocniczego | TAK |  |
| 22 | Kuwety wielorazowego użytku z automatycznym systemem mycia w obu analizatorach. | TAK |  |
| 23 | Wpięcie w system MARCEL analizatora głównego i dodatkowego | TAK |  |
| 24 | Zewnętrzny skaner do czytania kodów kreskowych | TAK |  |
| 25 | Zestaw komputerowy ( komputer, monitor, drukarka ) do pracy z systemem MARCEL | TAK |  |
| 26 | Zewnętrzna kontrola jakości EQAS BIORAD | TAK |  |
| 27 | Zewnętrzna kontrola jakości oznaczeń leków immunosupresyjnych | TAK |  |
| 28 | Możliwość oznaczeń stężeń leków w płynach biologicznych | TAK |  |
| 29 | Urządzenie podtrzymujące zasilanie awaryjne (UPS) x 2 | TAK |  |
| 30 | Urządzenie zapewniające optymalną prace analizatorów (klimatyzator) | TAK |  |
| 31 | Urządzenie zapewniające optymalne przechowywanie odczynników (komora chłodząca lodówko zamrażarka ) | TAK |  |
| 32 | Komputer stacjonarny wraz z monitorem i oprogramowaniem | TAK |  |
| 33 | Drukarki x 3 | TAK |  |
| 34 | Wytrząsarka laboratoryjna ML 962 E x 1 | TAK |  |
| 35 | Szybkoobrotowa wirówka laboratoryjna (stołowa) sterowana mikroprocesowo Centrfigure 5424 (Eppendorf) x 1 | TAK |  |
| 36 | Pipeta elektroniczna MULTIPETTE STREAM (Eppendorf) | TAK |  |
| 37 | Pipeta elektroniczna o zmiennej objętości Research pro (Eppendorf) z rzutnikiem końcówek | TAK |  |
| 38 | Elektroniczny dozownik ręczny Multippette Xstream Eppendorf) x 1 | TAK |  |
| 39 | Elektroniczny dozownik ręczny Multippette Xstream Eppendorf) x 1 | TAK |  |
| 40 | Elektroniczne pipety (Multipette Research pro 100-500 ul (Eppendorf) x 1 | TAK |  |
| 41 | Wielofunkcyjne urządzenie biurowe (fax- telefon- scaner) x 1 | TAK |  |
|  |  |  |  |

**NIESPEŁNIENIE KTÓREGOKOLWIEK Z WARUNKÓW GRANICZNYCH SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY**

………………………………… …………………………………………………………

/miejscowość, data /podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie**

**art. 25a ustawy – dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **Dostawę odczynników do oznaczania poziomu leków**

**wraz z dzierżawą analizatorów** o wartości poniżej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 144 000 euro, oświadczam, że Wykonawca:

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

(NALEŻY PODAĆ ZAREJESTROWANĄ PEŁNĄ NAZWĘ WYKONAWCY)

z siedzibą w

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

(NALEŻY PODAĆ ZAREJESTROWANY ADRES)

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

(NR TELEFONU, FAX, ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ)

spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale V Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

……….................., dnia ……………… 2017 r. ………….........................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

Oświadczam, że Wykonawca w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Rozdziale V Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, polega na zasobach następujących podmiotów:

………………………………………………………………………………………………..........................................,

w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………..........................................,

………………………………………………………………………………………………..........................................,

……….................., dnia ……………… 2017 r. …………..................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

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 przedstawieniu informacji.

……….................., dnia ……………… 2017 r. …………..................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

Złącznik nr 4a do SIWZ

**Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie**

**art. 25a ust. 1 ustawy – dotyczące podstaw wykluczenia z postępowania.**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego **Dostawę odczynników do oznaczania poziomu leków wraz z dzierżawą analizatorów** prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego o wartości poniżej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 144 000 euro, oświadczam, oświadczam, że wobec Wykonawcy:

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

(NALEŻY PODAĆ ZAREJESTROWANĄ PEŁNĄ NAZWĘ WYKONAWCY)

z siedzibą w

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

(NALEŻY PODAĆ ZAREJESTROWANY ADRES)

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

(NR TELEFONU, FAX, ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ)

- nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania wskazane w art. 24 ust. 1 pkt. 12-23 ustawy;

- nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania wskazane w art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy;

……….................., dnia ……………… 2017 r. ………….........................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

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 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................,

w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………....................................……………………………………………………………………………………………...............................................,

……….................., dnia ……………… 2017 r. …………........................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

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 przedstawieniu informacji.

……….................., dnia ……………… 2017 r. ………….........................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

**Oświadczenie dotyczące podwykonawcy nie będącego podmiotem, na którego zasoby powołuje się wykonawca:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…………. (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

……….................., dnia ……………… 2017 r. ………….........................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

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 przedstawieniu informacji.

……….................., dnia ……………… 2017 r. ………….........................................................................

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej/