



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

..... dnia .....

.....  
[pieczęćka firmowa]

## OFERTA

### I. DANE WYKONAWCY:

Pełna nazwa .....

.....

Adres / Siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo] .....

.....

Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]

.....

REGON .....

NIP .....

Telefon [z numerem kierunkowym] .....

Fax [z numerem kierunkowym] .....

E-mail .....

### II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy: zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego  
(podstawa prawna: art. 10 ust. 1, w związku z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo  
zamówień publicznych – Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.)

przez:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PIASTUN W PIASTOWIE  
UL. M. REJA 1, 05-820 PIASTÓW**

znak: 6/2015 na:

**ZAKUP I DOSTAWĘ APARATU ULTRASONOGRAFICZNEGO NA RZECZ SAMODZIELNEGO  
PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ PIASTUN**

\* wypełnić fakultatywnie



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

### III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

1. Cena oferty (wartość wpisana w kolumnie nr 4 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert):

PEŁNA NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA MARKA, TYP, MODEL, PRODUCENT	CENA CAŁKOWITA NETTO * <sup>1</sup>	PODATEK VAT (W %) * <sup>2</sup> ,	CENA CAŁKOWITA BRUTTO* <sup>1,2</sup>
1.	2.	3.	4.

\*<sup>1</sup> cena wyrażona do 2 miejsc po przecinku

\*<sup>2</sup> Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który ma siedzibę lub miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Art. 91 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.) 3a. „Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku”.

Cena za całość przedmiotu zamówienia brutto – zgodnie z kolumną Nr 4 - wynosi słownie:

.....

2. Szczegółowy opis zaoferowanego przedmiotu zamówienia, opracowany na podstawie załącznika nr 3 do SIWZ stanowi załącznik nr .... do niniejszej oferty.

**W przypadku nie załączenia ww. szczegółowego opisu zaoferowanego przedmiotu,  
oferta Wykonawcy zostanie odrzucona bez dalszej oceny.**

**Oferowane parametry techniczne stanowią kryterium oceny ofert.**

### IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

[Zgodnie z rozdziałem IV Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

1. Oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące dokumenty: [Zgodnie z rozdziałem IV ust 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

Nazwa dokumentu .....

..... zał. nr .....

Nazwa dokumentu .....

..... zał. nr .....



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

2. Terminy dostaw [Zgodnie z rozdziałem IV ust. 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję termin dostawy określony w rozdz. IV ust. 3 SIWZ.

3. Okres gwarancji przedmiotu zamówienia [Zgodnie z rozdziałem IV ust. 4 SIWZ]:

Gwarancja producenta sprzętu na okres **min. .... miesiące** od daty podpisania Protokołu Zdawczo-Odbiorczego.

4. Warunki płatności:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. IV ust. 6 SIWZ.

5. Sposób kalkulacji ceny:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale IV ust. 7 SIWZ.

6. Obowiązki wykonawcy:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale IV ust. 8 SIWZ.

**V.POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ  
NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY**

*[Zgodnie z załącznikiem nr 1 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]*

**VI.INNE USTALENIA, KTÓRE WYKONAWCA PROPONUJE  
WPROWADZIĆ DO UMOWY**

*[Nie kolidujące z zapisami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]  
Zamawiający zastrzega sobie prawo do nieuwzględnienia zgłoszonych propozycji.*

**VII.INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA  
W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZCIWEJ  
KONKURENCJI**

*[Patrz rozdział I pkt 19 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]*

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeśli TAK:

Wypełnić OŚWIADCZENIE ⇨ Załącznik do oferty; str.: .....

**VIII.WYKONAWCA OŚWIADCZA, ŻE ZAPOZNAŁ SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ  
ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I NIE WNOSI DO NIEJ  
ŻADNYCH UWAG**

**IX.CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA  
ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM**

*[Patrz rozdział IV ust. 9 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]*



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia wykonamy:

a) bez udziału podwykonawców \*)

b) przy udziale podwykonawców

- należy wskazać te części zamówienia, których wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy\*):

.....  
.....

i/lub

- należy podać nazwę firm/y podwykonawców, na których zasoby Wykonawca powołuje się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy )\*:

.....  
.....

*\*niepotrzebne skreślić*

## X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII

Wypełnić OŚWIADCZENIE



Załącznik nr 1 do oferty str.: .....

- powyższe oświadczenie składa się, gdy na załączonych kopiach dokumentów brak potwierdzenia „za zgodność z oryginałem”.

W załączeniu:

- Załączniki do oferty wyszczególnione w Wykazie załączników;

OFERTA Z ZAŁĄCZNIKAMI ZAWIERA ŁĄCZNIE ..... PONUMEROWANYCH STRON.

.....  
*podpis i pieczętka imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania*



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

**WYKAZ DOKUMENTÓW  
ZAŁĄCZONYCH DO OFERTY**

Lp.	WYSZCZEGÓLNIENIE	Strona oferty
1.	Oświadczenie potwierdzające zgodność załączonych kopii z oryginałami	
2.	Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu	
3.	Oświadczenie e o braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania	
4.	Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej	
... .	Oferowane parametry przedmiotu zamówienia opracowane na podstawie <b>załącznika nr 3 do SIWZ</b>	
... .	Wykaz wykonanych dostaw	

*podpis i pieczęć imienna osoby / osób  
upoważnionej / ych do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2015 r.



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**

**POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie  
publiczne*

## O ŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:

---

zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych

[Dz. U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.]

**oświadczam, że wszystkie kopie dokumentów załączone  
do niniejszej oferty są zgodne z oryginałami.**

Powyższe oświadczam świadom odpowiedzialności karnej z tytułu przedkładania fałszywych lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie dla uzyskania zamówienia publicznego [art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.], a także konsekwencji określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych [Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.].

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby / osób  
upoważnionej/ych do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015 r.



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY**

**POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO:**

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie  
publiczne*

**O ŚWIADCZENIE WYKONAWCY  
ubiegającego się o udzielenie zamówienia publicznego  
w trybie przetargu nieograniczonego**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:  
\_\_\_\_\_

zgodnie z wymogami art. 22. ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych

[Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.]

oświadczam, że Wykonawca spełnia warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej;

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęćka imienna osoby / osób  
upoważnionej / ych do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2015 r.



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OFERTY**

**POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie  
publiczne*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY  
ubiegającego się o udzielenie zamówienia publicznego  
w trybie przetargu nieograniczonego**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:  
\_\_\_\_\_

oświadczam, że spełniamy warunek udziału w postępowaniu dotyczący braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 24. ust. 1, ust. 2 i ust. 2 a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych

*(Dz. U. z 2013r., poz. 907 z późn. zm.)*

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby / osób  
upoważnionej/ych do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2015 r..





SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO OFERTY**

**POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: \_\_\_\_\_

**oświadczam, że:**

**Nie należę do żadnej grupy kapitałowej \***

**lub**

**Należę do grupy kapitałowej\***

Jednocześnie informuję, że do w/w grupy kapitałowej należą następujące podmioty:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2015 r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby / osób  
upoważnionej / ych do reprezentowania firmy*

**\* niepotrzebne skreślić**



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: \_\_\_\_\_

na potwierdzenie spełnienia warunku udziału określonego w rozdz. III „Wymagane dokumenty i oświadczenia” ust. 1 pkt. 1.2. SIWZ składam poniższy wykaz dostaw:

LP.	PEŁNA NAZWA I ADRES ODBIORCY ZAMÓWIENIA	RODZAJ I ZAKRES DOSTAWY	WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO (W ZŁ)	TERMIN REALIZACJI (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)
				OD __/__/__ DO __/__/__
				OD __/__/__ DO __/__/__

Na potwierdzenie powyższego załączamy dowody że, w/w dostawy zostały wykonane w sposób należyty.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_/\_\_/2015 r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby / osób upoważnionej/ych do reprezentowania firmy*

\* *niepotrzebne skreślić*



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO OFERTY**

**POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_  
jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: \_\_\_\_\_

**Oświadczam, że: oferowane urządzenia zostały zarejestrowane/zgłoszone w Polsce jako wyrób medyczny w klasie co najmniej IIa lub posiadający w terminie składania oferty certyfikat CE właściwy dla urządzeń/oprogramowania medycznego w klasie co najmniej IIa stwierdzający zgodność z dyrektywą 93/42/EEC.**

**Oświadczam, że: przedstawię ww. dokumenty na wezwanie Zamawiającego.**

Powyższe oświadczam świadom odpowiedzialności karnej z tytułu przedkładania fałszywych lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie dla uzyskania zamówienia publicznego (art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.), a także konsekwencji określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.).

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2015 r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby / osób  
upoważnionej/ych do reprezentowania firmy*

\* *niepotrzebne skreślić*



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

**ZAŁĄCZNIK NR ..... DO OFERTY**

**POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ:  
SP ZOZ PIASTUN W PIASTOWIE  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

*pieczęć ubiegającego się o zamówienie  
publiczne*

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]: \_\_\_\_\_

### **Oświadczam, że:**

utajnione przez w/w firmę dane zawarte w załączniku nr \_\_\_\_ do oferty, dotyczące informacji: technicznych/\*, technologicznych/\*, organizacyjnych/\*, posiadających wartość gospodarczą/\* nie są powszechnie dostępne tzn. nie są publikowane w materiałach drukowanych bądź w internecie i w związku z tym stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa - w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16.04.1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji [Dz. U. z 2003r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm].

*Niepotrzebne skreślić\**

Jednocześnie oświadczamy, że utajnienie tych danych nie ma na celu utrudnienia uczciwej konkurencji w przedmiotowym zamówieniu publicznym oraz nie dotyczy informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych [Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm].

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęćka imienna osoby / osób  
upoważnionej/ych do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015 r.

**\* niepotrzebne skreślić**