



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 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.*)

przez:



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

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

znak: 2/2016 na:

ZAKUP I DOSTAWĘ AMBULANSU SANITARNEGO TYPU C WRAZ Z WYPOSAŻENIEM  
NA RZECZ SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ PIASTUN

\* wypełnić fakultatywnie

### 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):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA CAŁKOWITA NETTO * <sup>1</sup>	PODATEK VAT (W %) * <sup>2</sup> ,	CENA CAŁKOWITA BRUTTO* <sup>1,2</sup>
1.	2.	3.	4.
ZAKUP I DOSTAWA AMBULANSU SANITARNEGO TYPU C			
ZAKUP WYPOSAŻENIA AMBULANSU			
KOSZTY FINANSOWANIA SPRZEDAŻY RATALNEJ		ZW.	
		RAZEM:	

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



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

\*<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 2015 r. poz. 2164 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 i wierszem RAZEM - 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.**

3. Informacje dotyczące Kryterium Nr 2 (wypełnia Wykonawca):

POZOSTAŁE KRYTERIA OCENY OFERT		
1	Oferowany przez Wykonawcę: Okres gwarancji na cały pojazd bez limitu przebiegu km/motogodzin	..... (należy wpisać okres w miesiącach)

**UWAGA !!! Należy podać okres gwarancji na cały pojazd bez limitu przebiegu km/motogodzin. Minimalny okres gwarancji wynosi 24 miesiące. W przypadku nie wskazania w Kryterium nr 2 żadnego okresu gwarancji lub okresu gwarancji mniejszego niż 24 miesiące, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona bez dalszej oceny.**

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

[ Zgodnie z rozdziałem IV Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

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 .....

.....

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. Termin ważności przedmiotu zamówienia [Zgodnie z rozdziałem IV ust. 4 SIWZ]:

**Oferuję następujący Okres gwarancji:**

- a) całość pojazdu – **minimum ....., miesiące** bez limitu przebiegu w km/motogodzinach,
- b) perforacja karoserii - **nie mniej niż ... lat,**
- c) lakier - **nie mniej niż ... lat,**
- d) Serwis pogwarancyjny - **nie mniej niż ..... lat** - licząc od daty dostawy do Bezpośredniego odbiorcy.
- e) Okres gwarancji na wyposażenie – **zgodnie z załączonym Opiszem przedmiotu zamówienia (załącznik nr 3 do SIWZ)..**

4. Warunki płatności:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. IV ust. 6 SIWZ oraz w Ogólnych warunkach umowy.

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**



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DOUMOWY [Zgodnie z  
załącznikiem nr 1 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

VI. INNE USTALENIA, KTÓRE WYKONAWCA PROONUJE  
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  $\alpha$  Załącznik do oferty; str.: . . . . .

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

IX. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA  
ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM

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

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



SPZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

Wypełnić OŚWIADCZENIE α 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*

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>	
...	Oświadczenie Wykonawcy, lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania, iż przedmiot zamówienia będzie posiadał świadectwo homologacji po zabudowie w dniu odbioru przedmiotu zamówienia	
	Wykaz wykonanych dostaw	

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna osoby / osób  
upoważnionej/yh do  
reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_/\_\_/2016 r.



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO

**OFERTY**

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

*zamówienie*

*publiczne*

*pieczęć ubiegającego się o*

## O Ś W I A D C Z E N I E   W Y K O N A W C Y

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 2015 r. poz. 2164 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 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.].



SP ZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby /  
osób*

*upoważnionej/ych do*

*reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_/\_\_/2016 r.

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY**

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

*zamówienie*

*publiczne*

*pieczęć ubiegającego się o*

**O Ś W I A D C Z E N I E   W Y K O N A W C Y**  
**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 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.]

oświadczam, że Wykonawca spełnia warunki dotyczące:





SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

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 pieczęć imienna  
osoby / osób*

*upoważnionej/yh*

*do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_/\_\_/2016 r.

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OFERTY**

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

*zamówienie*

*publiczne*

*pieczęć ubiegającego się o*

**O Ś W I A D C Z E N I E   W Y K O N A W C Y  
ubiegającego się o udzielenie zamówienia publicznego  
w trybie przetargu nieograniczonego**

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

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



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

---

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 2015 r., poz. 2164 z późn. zm.)

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

*do reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_/\_\_/2016 r.

**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO OFERTY**

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

*ubiegającego się o zamówienie*

*pieczęć*



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

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 \_\_/\_\_/2016 r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby /  
osób*

*reprezentowania firmy*

*upoważnionej/ych do*

**\* niepotrzebne skreślić**



SP ZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO OFERTY

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

*ubiegającego się o zamówienie*

*pieczęć*

### 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 \_\_/\_\_/2016 r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęćka imienna osoby /  
osób*



SP ZOZ  
**PIASTUN**  
CHRONIMY ZDROWIE

reprezentowania firmy

upoważnionej/ych do

\* *niepotrzebne skreślić*

ZAŁĄCZNIK NR 6 DO OFERTY

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

ubiegającego się o zamówienie

pieczęć

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

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

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

Oświadczam, że:

Przedmiot zamówienia będzie posiadał świadectwo homologacji pojazdu po zabudowie w dniu odbioru przedmiotu zamówienia.

Kopię Świadectwa homologacji na samochód specjalny sanitarny skompletowany wraz z załącznikami, jeżeli świadectwo homologacji obejmuje załączniki dla samochodu sanitarnego skompletowanego Wykonawca dostarczy wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.

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 2015 r., poz. 2164 z późn. zm.).



SP ZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2016 r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby /  
osób*

*upoważnionej/yh do*

*reprezentowania firmy*

*\* niepotrzebne skreślić*

**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:**



SPZOZ

**PIASTUN**

CHRONIMY ZDROWIE

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 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.].

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

*reprezentowania firmy*

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/2016 r.

**\* niepotrzebne skreślić**