Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

 Chorób Serca w Zabrzu

 ul. M.C.Skłodowskiej 9

 41-800 Zabrze

 Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę preparatów do dezynfekcji ( sprawa nr 100/EZP/20), oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę wyszczególnioną w Pakietach .

**Termin płatności ustalamy do 30 dni** licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załącznik nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Oświadczamy , że pozyskane do złożenia oferty dane osobowe są dokonane za zgodą osób tam wymienionych .
5. Oświadczamy, że posiadamy dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do używania i obrotu na terenie Polski oraz, że jesteśmy gotowi do dostarczenia tych dokumentów na każde żądanie zamawiającego w terminie 5 dni od otrzymania zawiadomienia
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala .

7. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ...................................................
2. ...................................................

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej.*

Załącznik nr 2

|  |
| --- |
| Pakiet nr 1  |
| Lp.  | Przedmiot zamówienia  | Roztwór roboczy  | Ilość opakowań o pojemności max 1 litr \*/ilość op. w poz.2 | Cena jed. netto opakowania  | VAT  | Wartość netto | Wartość brutto  |
| 1. | Dezynfekcja powierzchni i sprzętu w obecności substancji organicznych\*\* | min. 5 000 l roztworu roboczego spełniającego warunki w pkt. 3 – 12\* |  |  |  |  |  |
| 2 | Dezynfekcja powierzchni i sprzętu w formie nasączonych chusteczek, gotowych do użycia  |  |
| a | Chusteczki na rolce w wiaderku | 337 500 chusteczek |  |  |  |  |  |
| Charakterystyka preparatu  |
| **Dezynfekcja powierzchni w obecności substancji organicznych** |
| 1 | Proponowany produkt / producent | podać |   |
| 2 | wielkość opakowania  | podać |  |
| 3 | preparat dezynfekujący i myjący, bez aldehydów, | tak |   |
| 4 | do stosowanie do powierzchni mających kontakt z żywnością, kuchni mlecznych, bez konieczności zmywania powierzchni wyrobów medycznych po dezynfekcji, do dezynfekcji inkubatorów | tak |   |
| 5 | może być używany w obecności pacjentów, | tak |   |
| 6 | łatwa i pełna biodegradacja, | tak |  |
| 7 | każde opakowanie z dołączoną miarką/ dozownikiem | tak |   |
| 8 | nie ma koniczności spłukiwania powierzchni wyrobów medycznych po dezynfekcji roztworem o stężeniu obejmującym działanie sporobójcze, | tak |  |
| 9 | potwierdzone działanie bójcze według norm: PN-EN 13727, PN-EN 13624 (F, Y), PN-EN 14563, PN-EN 14476, PN-EN 13704, wynik końcowy badania potwierdzający spełnienie odpowiednich norm | tak  |  |
| 10 | B, V, F,Y, S ( w tym *Clostridioides difficile, Clostridium perfringens*), Tbc do 5 min. | tak . podać dane |  |
| 11 | karta charakterystyki substancji niebezpiecznej, ulotka | tak |  |
| 12 | aktywność nieobciążonego roztworu min 30 dni | tak |  |
| 13 | dodatkowo spełnienie normy PN-EN 16 777 w podanym czasie działania, wynik końcowy badania;  | tak |  |
| 14 | dodatkowo spełnienie normy PN-EN 17126 w podanym czasie działania, wynik końcowy badania;  | tak |  |
| **Dezynfekcja powierzchni i sprzętu w formie nasączonych chusteczek, gotowych do użycia.** |  | tak . podać dane |
| 1 | Proponowany produkt / producent | podać |  |
| 2 | niepyłowe, | tak . podać dane |  |
| 3 | rolka zawierająca przynajmniej 220 chusteczek | tak . podać dane |  |
| 4 | wymiary chusteczek przynajmniej 25x30 cm | tak . podać dane |  |
| 5 | opakowanie chusteczek twarde w formie wiaderka | tak . podać dane |  |
| 6 | Preparat, którym nasączone są chusteczki -dezynfekujący i myjący, bez aldehydów, | tak |   |
| 7 | do stosowanie do powierzchni mających kontakt z żywnością, kuchni mlecznych, bez konieczności zmywania powierzchni po dezynfekcji, do dezynfekcji inkubatorów | tak |   |
| 8 | może być używany w obecności pacjentów, | tak |   |
| 9 | łatwa i pełna biodegradacja, | tak |  |
| 10 | nie ma koniczności spłukiwania powierzchni po dezynfekcji roztworem o stężeniu obejmującym działanie sporobójcze, | tak |  |
| 11 | potwierdzone działanie bójcze według norm: PN-EN 13727, PN-EN 16615, PN-EN 13624 (F, Y), PN-EN 14563, PN-EN 14476, PN 13704, wynik końcowy badania potwierdzający spełnienie odpowiednich norm | tak  |  |
| 12 | B, V, F, S ( w tym *Clostridioides difficile, Clostridium perfringens*), Tbc do 5 min. | tak . podać dane |  |
| 13 | karta charakterystyki substancji niebezpiecznej, ulotka | tak |  |
| 14 | aktywność roztworu min 30 dni po otwarciu opakowania | tak |  |
| ~~15~~ | ~~dodatkowo spełnienie normy PN-EN 16 777 w podanym czasie działania, wynik końcowy badania;~~  | ~~tak~~ |  |
| ~~16~~ | ~~dodatkowo spełnienie normy PN-EN 17126 w podanym czasie działania, wynik końcowy badania;~~  | ~~tak~~ |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \*w przypadku, kiedy w przeliczeniu litrów roztworu roboczego na opakowania, wychodzą niepełne opakowania, należy zaokrąglić do pełnych opakowań zgodnie z zasadą rachunkowości.\*\* Podać stężenie procentowe roztworu roboczego spełniającego działanie bójcze w podanym czasie w pkt. 9 i 10 ewentualnie w pkt. 13 i 14 ……………………….. |  |

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 2

|  |
| --- |
| Pakiet nr 2  |
| Lp.  | Przedmiot zamówienia  | Opakowanie jednostkowe  | Ilość  | Ilość oferowanych opakowań  | Cena jed. netto opakowania | VAT  | Wartość netto | Wartość brutto  |
| 1 | Dezynfekcja głowic ultradźwiękowych | dozownik ( twarde opakowanie) zawierający przynajmniej 200 chusteczek | 405 000 listków |  |  |   |   |   |
| Charakterystyka preparatu  |
| Lp | Cecha przedmiotu zamówienia | parametr graniczny | parametr oferowany |
| 1 | Proponowany produkt / producent | podać |   |
| 2 | preparat bezalkoholowy , myjąco dezynfekcyjny  | tak . podać dane |   |
| 3 | nie zawiera aldehydów i fenoli | tak . podać dane |   |
| 4 | gotowy do użycia w postaci chusteczek, twarde opakowanie - tuba | tak . podać dane |   |
| 5 | spełnione normy EN 13727,EN 16615, EN 13624 (F,Y), EN 14476, EN 14563, EN 13704; wynik końcowy badania | Tak podać dane |  |
| 6 | wymiary chusteczki nie mniejsze niż 190x210 mm | Tak podać dane |  |
| 7 | zakres działania B, F, V , Tbc, S | tak . podać dane |   |
| 8 | czas działania do 5 min | tak . podać dane |  |
| 9 | ulotka | tak |  |
| 10 | karta charakterystyki substancji niebezpiecznej | tak |  |
| 11 | opakowanie twarde – tuba z możliwością usuwania do odpadów komunalnych | tak |  |
| ~~12~~ | ~~spełnienie normy EN 17126~~ | ~~tak~~ |  |

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

|  |
| --- |
| Pakiet nr 3  |
| Lp.  | Przedmiot zamówienia  | Ilość  | Ilość oferowanych opakowań | Cena jed. netto opakowania  | VAT  | Wartość netto | Wartość brutto  |
| 1 | Dezynfekcja powierzchni w systemie chusteczek do zalewania. |  |
| a | Dozowniki na chusteczki | 150 szt. | X |  |  |  |  |
| b | Chusteczki na rolce | 399 600 chusteczek |  |  |  |  |  |
| Charakterystyka produktu  |
| **Dezynfekcja powierzchni w systemie chusteczek do zalewania.****a)Dozowniki na chusteczki** |  | tak . podać dane |
| 36 | Proponowany produkt / producent | podać  |  |
| 37 | wielokrotnego użytku, zamykany | tak . podać dane |  |
| 38 | ułatwiający wyjmowanie chusteczek | tak . podać dane |  |
| **b)Chusteczki na rolce**  |
| 39 | Proponowany produkt / producent | podać |  |
| 40 | niepyłowe, | tak . podać dane |  |
| 41 | rolka zawierająca przynajmniej 90 chusteczek | tak . podać dane |  |
| 42 | wymiary chusteczek przynajmniej 24x30 cm | tak . podać dane |  |
| ~~43~~ | ~~chusteczki nie wpływają na działanie dołączonych do pakietu preparatów dezynfekcyjnych, oświadczenie pisemne producenta~~ | ~~tak . podać dane~~ |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 4

Oświadczenie

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Dostawę preparatów do dezynfekcji

(spr. nr 100/EZP/20)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

........................................................ dnia ................ r.

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

(podpis)

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

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 w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

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

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

 do reprezentacji Wykonawcy)

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Sprawa nr 100/EZP/20

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Dostawę preparatów do dezynfekcji ”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z Wykonawcami uczestniczącymi w w/w postępowaniu

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

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

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

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

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*