Załącznik nr 1 do SWZ

NAZWA WYKONAWCY: …………………………………………………………………………………………………

FORMA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI: …………………………………………………………………………………………………

WYKONAWCA JEST[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo | □ | Jednoosobowa działalność gospodarcza | □ |
| Małym przedsiębiorstwo | □ | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej | □ |
| Średnim przedsiębiorstwo | □ | Inny rodzaj | □ |

UWAGA: Ww. informacja jest niezbędna Zamawiającemu do wypełnienia Informacji o złożonych wnioskach o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofertach przesyłanej do Prezesa UZP (należy wybrać jedną z opcji).

ADRES: …………………………………………………………………………………………………

POWIAT: ………………………………………

WOJEWÓDZTWO: ………………………………………

TEL.: ……………………………………… E-MAIL: ………………………………………

NIP: ………………………………………REGON: ………………………………………

BANK I NR KONTA:

 ………………………………………………………………………………………

DO (nazwa i adres Zamawiającego): Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku, ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem sukcesywne dostawy artykułów higienicznych dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku (DZp.380.3.1.2025.LAp.25), oferujemy realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z zasadami określonymi w SWZ:

**Cena całkowita oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena netto liczbą [PLN] |  |
| Cena brutto liczbą [PLN] |  |
| Stawka VAT [%] |  |

1. Oświadczam/y, składając ofertę, zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję, że wybór oferty[[2]](#footnote-2):
2. nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie
z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,
3. będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie
z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć - w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………………………………….

Uwaga: Brak wskazania powyższej informacji w treści Formularza oferty (Załącznika nr 1 do SWZ) będzie jednoznaczny z brakiem powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

1. Termin płatności: akceptujemy warunki płatności za zrealizowanie zamówienia na zasadach opisanych Projekcie umowy
2. Termin realizacji umowy: zgodnie z dokumentami zamówienia

Jednocześnie oświadczam/y, że:

1. Akceptuję/emy zawarte w SWZ szczegółowe warunki postępowania i nie wnoszę/imy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję/emy Projekt umowy (Załącznik nr 3 do SWZ) i w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do jej podpisania na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią SWZ.
4. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty
i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).
5. Oświadczam/y, że powyższa/e cena/y brutto zawiera/ją wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru mojej/naszej oferty.
6. Zapewniam/y, że cena/y podana/e w ofercie nie ulegnie/ą zmianie przez cały okres trwania umowy, za wyjątkiem zmian przewidzianych w SWZ.
7. Oświadczam/y, że wypełniłem/am/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w postępowaniu.[[3]](#footnote-3)
8. Oświadczam/y, że akceptuję/emy zasady korzystania z Platformy wskazane w Instrukcji.

13. Osobą/ami uprawnioną/ymi do kontaktowania się z Zamawiającym w sprawie realizacji postępowania jest/są: ……………………………………………………………………

telefon ……………………………………………………

14. Upoważnioną/ymi do reprezentowania mojej/naszej firmy jest/są następująca/e osoba/y:

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.1.2025.LAp.25 | Załącznik nr 4 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybnikuul. Gliwicka 3344 - 201 Rybnik |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG) |  |
| reprezentowany przez:………………………………………………………………………………………………………… |  |
| (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji) |  |

**Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu**

(składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy Pzp)

Na potrzeby postępowania, którego przedmiotem są sukcesywne dostawy artykułów higienicznych dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku.

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu**:

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

2. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu.

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu**:

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia).
2. Jednocześnie oświadczam, że na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podjął następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenie dotyczące podanych informacji**:

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.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

1. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami
i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy odpowiednio zaznaczyć punkt a albo b. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-3)