**OFERTA CENOWA**

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................

Adres: ...............................................................................................................................................

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

Telefon: ..............................................................................................................................................

E-mail na który zamawiający ma przesyłać korespondencję: ..........................................................

**Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej**

**ul. Krakowska 45a**

**42-202 Częstochowa**

Przystępując do postępowania ZAM/06/RPO/2020

Przedmiotem zamówienia jest dostawy toreb medycznych wraz z wyposażeniem dla pracowników projektu pn. „Pomagamy, wspieramy, dajemy nadzieję” (zwanego dalej „Projektem”)realizowanego w okresie od 01.09.2020 do 30.09.2022

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem i na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym za łączna cenę brutto …………………………………. zł, (Słownie:.................................................................................................................... złotych brutto), zgodnie z poniższą specyfikacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa | ilość | Cena za sztukę netto | Razem  netto | VAT | Razem brutto | parametry |
| 1 | Torba pielęgniarska/opiekunki medycznej |  |  |  |  |  |  |
| 2 | zestaw do wykonania iniekcji; |  |  |  |  |  |  |
| 3 | zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych |  |  |  |  |  |  |
| 4 | zestaw do wykonywania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pakiet ochronny przed zakażeniem |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Zestaw przeciwwstrząsowy: |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Stetoskop. |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Termometr. |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Pulsoksymetr, |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Glukometr |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Paski do oznaczania wartości cukru we krwi,. |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Pakiet do odkażania i dezynfekcji, Żel do dezynfekcji rąk |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Folia poślizgowa do łatwej zmiany pozycji pacjenta na łóżku |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Opatrunek indywidualny pyłoszczelny typ A , Opatrunek hydrożelowy na oparzenia |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Sól fizjologiczna NaCl 0,9 % do płukania oka i rany , Zimny kompres błyskawiczny |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Worek lub pojemnik na odpady medyczne , czerwony |  |  |  |  |  |  |

1. Oświadczam, że w cenie brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, zgodnie z opisem zamówienia (Rozdział 2, pkt. 1)
2. Oświadczam, że:
3. przedmiot zamówienia wykonam w terminach określonych przez Zamawiającego, zgodnie z zapytaniem ofertowym;
4. zapoznałem/łam się z warunkami realizacji zamówienia wskazanymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem/łam konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia;
5. akceptuję wskazany w zapytaniu ofertowym czas związania ofertą,
6. spełniam warunki udziału w postępowaniu.

5)Prowadzę /nie prowadzę1 działalność gospodarczą o profilu odpowiadającym zamówieniu.

6)Jestem / nie jestem[[1]](#footnote-1) płatnikiem podatku VAT.

7)W przypadku uzyskania zamówienia zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

8)Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz wyjaśnień finansowych i technicznych, przez Zamawiającego lub jego upoważnionych przedstawicieli.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności z art.297 Kodeksu Karnego.

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

(miejsce i data) (podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy we właściwym

pełnomocnictwie)

**Załącznik nr 1 do OFERTY CENOWEJ**

**Oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia: ZAM/06/RPO/2020

ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko): ………………………………………………………………………...

w imieniu:

Nazwa Wykonawcy: ..........................................................................................................................

Adres: .................................................................................................................................................

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

**oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego dotyczące:**

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz posiadania statusu osoby zdolnej do wykonania zamówienia;
3. sytuacji ekonomicznej i finansowej.
4. Nie jestem powiązany kapitałowo bądź osobowo z Zamawiającym w sposób, o którym mowa w rozdziale 3 zapytania ofertowego.

Poprzez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności z art.297 Kodeksu Karnego.

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

(miejsce i data) (podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy we

właściwym pełnomocnictwie)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)