**Załącznik nr 1 do SIWZ**

 Spr. nr 239/BŁiI/16/MG

(pieczęć Wykonawcy)

### FORMULARZ OFERTOWY

### do przetargu 239/BŁiI/16/MG

1. Dane dotyczące Wykonawcy:
* Pełna nazwa

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

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

* Adres: ……………………………………….…………………………………………………………………

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

* nr telefonu: …………………………………………………………………………………………………….
* nr faksu: ……………………………………………………………………………………………………….
* adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………...

My niżej podpisani, oświadczamy, iż w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym pn.: **Zakup usługi serwisu pogwarancyjnego MorphoTouch i MorpchoRapID***, numer postępowania 239/BŁiI//16/MG.*

składam(y) niniejszą ofertę.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją przetargową udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz, że zamówienie będzie realizowane zgodnie z wszystkimi wymaganiami Zamawiającego określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz jej załącznikach, zwaną dalej SIWZ.
2. **Oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia (przeglądy konserwacyjne) za:**

cenę oferty brutto - ………………….…………….………. zł

(słownie:…………………………………………………………….………………………………………… …………………………………………………………………………………...), VAT …………….%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakres usług serwisowych | Szacowana ilość zgłoszeń / napraw | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| Wariant A zgodnie z pkt. 4 ppkt. a) – załącznika nr 2 do umowy | 200 |  |  |  |
| Wariant B zgodnie z pkt. 4 ppkt. b) – załącznika nr 2 do umowy | 150 |  |  |  |
| Wariant C zgodnie z pkt. 4 ppkt. c) – załącznika nr 2 do umowy | 80 |  |  |  |
|  |  |  | Cena oferty brutto: |  |

1. Zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie: **24 miesięcy** od daty zawarcia umowy.
2. Oferujemy termin naprawy serwisowej **do ………. dni** od daty przekazania urządzenia do naprawy (wpisać ilość dni – maksymalnie 50 dni).

W przypadku, gdy Wykonawca nie wpisze terminu naprawy serwisowej Zamawiający uzna, że oferuje maksymalny termin naprawy wymagany w SIWZ, tj.: 50 dni.

6. Udzielamy …….. miesiące (y) gwarancji na wykonaną naprawę urządzenia (wymagany okres gwarancji wynosi minimum 3 miesiące).

W przypadku nie wpisania długości okresu gwarancji, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca oferuje 3 miesięczny okres gwarancji.

1. Potwierdzamy wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w Rozdziale V SIWZ.
2. Przyjmujemy zasady płatności określone w Istotnych Postanowieniach Umowy stanowiących Załącznik
nr 4 do SIWZ.
3. Oświadczamy, że poniższe części zamówienia zamierzam powierzyć następującym podwykonawcy (om)\*:.................................................................................................................................................................

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

1. Oświadczamy, że polegamy na zdolności technicznej lub zawodowej następujących podmiotów, które **będą brały** udział w realizacji części zamówienia**\*** …………………….…………….…………….........................

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

1. Oświadczamy, że polegamy na zdolności technicznej lub zawodowej następujących podmiotów, które **nie będą** brały udział w realizacji części zamówienia\* ……………………………………………..……………

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

1. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach zawartych w SIWZ oraz miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego;
3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:
4. .................................................................
5. .................................................................

n) ....................................................................

................................., dn. ....................... ...............................................................

 (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela)

 \* niepotrzebne skreślić.

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

 Spr. nr 239/BŁiI/16/MG

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

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

###  Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

### DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na:

**Zakup usługi serwisu pogwarancyjnego MorphoTouch i MorpchoRapID***,* ***numer postępowania -*** *239/BŁiI/16/MG.*

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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 .
3. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w SIWZ.

…………….……. *(miejscowość),* 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 ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………………………………………………

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

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

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: …………………………………………………………………….……………………………………………………………

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

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

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**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 przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

spr. nr 239/BŁiI/16/MG

(pieczęć Wykonawcy)

### WYKAZ GŁÓWNYCH USŁUG

**pn. Zakup usługi serwisu pogwarancyjnego MorphoTouch i MorpchoRapID**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia – opis** | **Data wykonania** **od- do****(dzień, miesiąc, rok)** | **Wartość zamówienia** | **Odbiorca zamówienia** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |

........................, dn. ...................... ......................................................... (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela)