Znak sprawy: **NZ-ER/I/PN/18/2015** Załącznik nr 1 do SIWZ

**Formularz oferty**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa**

**przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro i nie przekracza kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.**

**Prawo zamówień publicznych (j. t. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.),**

**prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na**

**Dostawa 12 szt. respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

**Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa, ul. Hryniewickiego 10, 81-572 Gdynia**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa:...................................

Siedziba:.………………..…………………………………………………………..…………………………….. NIP:…………………..……………… Regon:……………………………….

**Dane kontaktowe Wykonawcy:**

nr faksu:[[1]](#footnote-1) ........................................; adres poczty elektronicznej[[2]](#footnote-2) ............................

W nawiązaniu do ogłoszenia o prowadzeniu niniejszego przetargu nieograniczonego oraz wymagań Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia opisanego w SIWZ w postępowaniu o sygnaturze **NZ-ER/I/PN/18/2015** na następujących warunkach:

I. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

**Dostawa respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

**1. Kalkulacja**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sprzęt** | **Zaoferowany produkt:**  **Nazwa/producent/model** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość** | **Cena brutto asortymentu w danym wierszu** |
| Respirator |  |  | 0 % [[3]](#footnote-3) |  | 12 |  |
| Model do nauki bezprzyrządowego i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych osoby dorosłej |  |  |  |  | 3 |  |
| Manekin do nauki podstawowych i zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych |  |  |  |  | 1 |  |
| RAZEM | | | | | |  |

**2. Całkowita wartość brutto przedmiotu zamówienia wynosi: ………………………… złotych** *(słownie:.................................................................................*

w tym: wartość netto w kwocie ……..........................………………złotych,[[4]](#footnote-4) oraz obowiązujący podatek VAT wynoszący: ................................................................. złotych

**3. Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia o cechach:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry graniczne** | **TAK** | **Parametr oferowany** |
| 1.0 | **Prosty w obsłudze, niewielki i lekki respirator, zasilanie wyłącznie pneumatyczne - szt. 12** | **TAK** | Producent/nazwa/model ................................................................ |
| 1.2 | Elementy sterujące pracą urządzenia rozmieszczone w sposób umożliwiający intuicyjną obsługę jedną ręką | **TAK** |  |
| 1.3 | Zastawka pacjenta ze złączem 22/15 mm umożliwiające podłączenie standardowych masek i akcesoriów do wentylacji | **TAK** |  |
| 1.9 | Przeźroczysta i obrotowa zastawka pacjenta | **TAK** |  |
| 1.4 | Przewód zasilający w tlen o długości nie mniej niż 2m wykonany z materiału zapewniającego jego elastyczność w niskich temperaturach | **TAK** |  |
| 1.5 | Złącze tlenowe w standardzie AGA | **TAK** |  |
| 1.7 | Tryb pracy: automatyczny, ręczny lub „na żądanie” | **TAK** |  |
| 1.8 | Zastawka bezpieczeństwa z alarmem akustycznym | **TAK** |  |
|  | Maksymalne osiągalne ciśnienie ograniczone zastawką z alarmem akustycznym 4,5 kPa | **TAK** |  |
| 1.10 | Zintegrowana regulacja częstości i objętości oddechowej. | **TAK** |  |
| 1.12 | Przepływ w trybie automatycznym - 20-15 l/min +/- 10% | **TAK** |  |
| 1.13 | Objętość oddechowa w trybie automatycznym 0,6 do 0,2 l | **TAK** |  |
| 1.14 | Stężenie O2 w trybie automatycznym - 100% | **TAK** |  |
| 1.15 | Stosunek czasu wdechu do czasu wydechu w trybie automatycznym - 1:2 | **TAK** |  |
| 1.16 | Częstość oddechowa w trybie automatycznym w zakresie min. 12 do 25 oddechów na min. | **TAK** |  |
| 1.19 | Oporność wydechowa <0,5 kPa | **TAK** |  |
| 1.20 | Oporność wdechowa <0,5 kPa | **TAK** |  |
| 1.21 | Podciśnienie otwierające zawór Demand nie więcej niż 0,5kPa | **TAK** |  |
| 1.22 | Waga respiratora bez przewodu zasilającego - poniżej 300g | **TAK** |  |
| 1.23 | Wymiary respiratora max 170x120x100 mm | **TAK** | Wymiary : .....................................................................  .................................................................... |
| 1.24 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski  (w przypadku serwisu poza terytorium Polski - sposób realizacji zgodnie z pkt III.5 SIWZ) | TAK | Autoryzowany serwis w kraju ..................... (świadczenia usług serwisowych i dostępności części poza terenem kraju - Wykonawca zapewnia świadczenie na warunkach i w terminach takich w jakich byłoby to realizowane w kraju, oraz przejmie wszelkie czynności organizacyjne z tym związane (odbiór sprzętu, dostarczenie do serwisu). |
| 1.25 | Okres gwarancji min. 12 m-cy, jednak nie krócej niż gwarancja producenta | **TAK** |  |
| 2.0 | **Model do nauki bezprzyrządowego i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych osoby dorosłej - szt. 3** | **TAK** | Producent/nazwa/model ................................................................ |
| 2.1 | Model umożliwiający naukę intubacji, zakładania rurki krtaniowej LTD, maski krtaniowej, Combitube, rurki ustno-gardłowej u osoby dorosłej. | **TAK** |  |
| 2.2 | Model umożliwiający naukę odsysania treści z jamy ustnej i gardła osoby dorosłej. | **TAK** |  |
|  | Głowa możliwa do odchylania i obracania zgodnego z anatomią człowieka |  |  |
| 2.3 | Intubacja dotchawiczna przez usta lub przez nos | **TAK** |  |
| 2.4 | Możliwość demonstracji rękoczynu Sellick’a i symulacji skurczu krtani | **TAK** |  |
| 2.6 | Możliwość wzrokowej oceny pracy płuc i osłuchiwania dźwięków stetoskopem oddechowych po zabezpieczeniu dróg oddechowych każdą z wymaganych metod. | **TAK** |  |
| 2.7 | Symulacja przewentylowania żołądka i regurgitacji | **TAK** |  |
| 2.8 | Dodatkowy model budowy dróg oddechowych dla celów poglądowych | **TAK** |  |
| 2.10 | Wyposażenie:   * manekin na stabilnej podstawie * żel do nawilżenia dróg oddechowych manekina * torba lub walizka transportowa | **TAK** |  |
| 2.11 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski  (w przypadku serwisu poza terytorium Polski - sposób realizacji zgodnie z pkt III.5 SIWZ) | TAK | Autoryzowany serwis w kraju ..................... (świadczenia usług serwisowych i dostępności części poza terenem kraju - Wykonawca zapewnia świadczenie na warunkach i w terminach takich w jakich byłoby to realizowane w kraju, oraz przejmie wszelkie czynności organizacyjne z tym związane (odbiór sprzętu, dostarczenie do serwisu). |
| 2.12 | Okres gwarancji min. 24 m-ce, jednak nie krócej niż gwarancja producenta | **TAK** |  |
| 3.0 | **Manekin do nauki podstawowych i zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych - szt. 1** | **TAK** | Producent/nazwa/model ................................................................ |
| 3.1 | Manekin osoby dorosłej, pełna postać. | **TAK** |  |
| 3.2 | Zdalne, bezprzewodowe sterowanie obsługą manekina za pomocą symulatora funkcji życiowych w j. polskim | **TAK** |  |
| 3.3 | **Zestaw powinien umożliwić wykonania i rejestrowanie następujących czynności:** | **TAK** |  |
| 3.4 | Intubacja przez nos i usta z wykorzystaniem, Combitube, maski krtaniowej, rurki krtaniowej | **TAK** |  |
| 3.5 | Elektroniczną symulację i kontrolę tętna na obu tętnicach szyjnych. | **TAK** |  |
|  | Elektroniczną symulację i kontrolę tętna na min jednej tętnicy promieniowej. |  |  |
| 3.6 | Tętno zsynchronizowane z EKG | **TAK** |  |
| 3.8 | Siła tętna zależna od ciśnienia krwi | **TAK** |  |
| 3.9 | Możliwość niezależnej regulacji siły tętna przez instruktora. | **TAK** |  |
| 3.10 | Automatyczna rejestracja kontroli tętna. | **TAK** |  |
| 3.12 | Wykonanie wkłucia dożylnego z realistycznym wypływem wstecznym na min jednej kończynie górnej. | **TAK** |  |
| 3.13 | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odgięcie głowy, wyluksowanie żuchwy, uniesienie podbródka | **TAK** |  |
| 3.14 | Automatyczna rejestracja odchylenia głowy, uniesienia podbródka | **TAK** |  |
| 3.15 | Wykonanie manewru Sellicka | **TAK** |  |
| 3.16 | Odsłuchiwanie dróg oddechowych podczas wentylacji za pomocą stetoskopu | **TAK** |  |
| 3.17 | Symulacja i osłuchiwanie szmerów w płucach | **TAK** |  |
| 3.18 | Wybór symulacji szmerów w poszczególnych płucach | **TAK** |  |
| 3.19 | Symulacja spontanicznego oddechu z realistycznym unoszeniem i opadaniem klatki piersiowej bez zasilania z zewnętrznego źródła | **TAK** |  |
| 3.21 | Szmery w płucach synchronizowane z częstością oddechu | **TAK** |  |
| 3.22 | Symulacja i osłuchiwanie tonów serca | **TAK** |  |
| 3.23 | Tony serca synchronizowane z zaprogramowanym EKG | **TAK** |  |
| 3.24 | Elektroniczny układ pomiaru wykonanej wentylacji i masażu serca | **TAK** |  |
| 3.25 | System automatycznej rejestracji parametrów wykonywanej wentylacji: objętości wdmuchiwanego powietrza, szybkości wdmuchiwanego powietrza | **TAK** |  |
| 3.26 | Automatyczna rejestracja przewentylowania żołądka | **TAK** |  |
| 3.27 | System automatycznej rejestracji parametrów wykonywanego masażu serca: głębokość ucisków, szybkość ucisków | **TAK** |  |
| 3.28 | Automatyczna rejestracja błędu relaksacji | **TAK** |  |
| 3.29 | Automatyczny pomiar czasu „bezczynności” – przerwa pomiędzy masażem a wentylacją | **TAK** |  |
| 3.30 | Automatyczna rejestracja szybkości masażu wraz z wykresem w czasie rzeczywistym | **TAK** |  |
| 3.31 | Szczegółowa analiza wykonywanej resuscytacji z procentowym wyliczeniem poprawności wykonywanych czynności w postaci raportu z prezentacją danych w postaci algebraicznej i graficznej | **TAK** |  |
| 3.32 | Możliwość zmiany szerokości jednej lub obu źrenic (szeroka, normalna, wąska) | **TAK** |  |
| 3.34 | Biblioteka przebiegów EKG (min. 20) | **TAK** |  |
| 3.35 | Monitorowanie EKG na manekinie za pomocą kabla min 3 odprowadzeniowego. | **TAK** |  |
| 3.36 | Wykonanie defibrylacji i kardiowersji energią do 360 J defibrylatorem automatycznym lub manualnym | **TAK** |  |
| 3.37 | Wykonanie stymulacji zewnętrznej przezskórnej | **TAK** |  |
| 3.38 | Zaprogramowanie progu skuteczności stymulacji zewnętrznej. | **TAK** |  |
| 3.39 | Symulację zaburzeń i przebiegów EKG (zmienna częstość rytmu, wybór czasu trwania i nieprawidłowości). | **TAK** |  |
| 3.40 | Symulacja i możliwość pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną na jednej z kończyn górnych | **TAK** |  |
| 3.41 | Dźwięki Korotkoffa synchronizowane z EKG | **TAK** |  |
| 3.43 | Budowę przez użytkownika scenariuszy zdarzeń i stanów pacjenta na bazie algorytmów. | **TAK** |  |
| 3.44 | Rejestrowanie przez system elektroniczny prowadzonych czynności BLS i ALS. | **TAK** |  |
| 3.45 | Możliwość wydruku i obróbki komputerowej zarejestrowanych czynności ratowniczych. | **TAK** |  |
| 3.46 | Sterowanie zmianami parametrów manekina za pomocą bezprzewodowego, zdalnego sterowania. | **TAK** |  |
| 3.47 | System sterowania manekinem z ekranem dotykowym o przekątnej co najmniej 5 cali. | **TAK** |  |
| 3.48 | Możliwość uruchamiania różnych scenariuszy zdarzeń, sterowanych automatycznie lub ręcznie oraz ich samodzielnego tworzenia. | **TAK** |  |
| 3.50 | Możliwość symulowania mowy i odgłosów manekina przy użyciu mikrofonu podłączonego do urządzenia sterującego funkcjami manekina. | **TAK** |  |
| 3.51 | Możliwość zamocowania do manekina kończyn urazowych | **TAK** |  |
| 3.52 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski  (w przypadku serwisu poza terytorium Polski - sposób realizacji zgodnie z pkt III.5 SIWZ) | TAK | Autoryzowany serwis w kraju ..................... (świadczenia usług serwisowych i dostępności części poza terenem kraju - Wykonawca zapewnia świadczenie na warunkach i w terminach takich w jakich byłoby to realizowane w kraju, oraz przejmie wszelkie czynności organizacyjne z tym związane (odbiór sprzętu, dostarczenie do serwisu). |
| 3.53 | Okres gwarancji min. 24 m-ce, jednak nie krócej niż gwarancja producenta | **TAK** |  |
| 3.54 | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania przez użytkownika poprzez Internet. | **TAK** |  |

**II. Pozostałe informacje:**

1. Oświadczam, że **przedmiot zamówienia zrealizuję sam / część lub całość zamówienia powierzę podwykonawcom …………..…………………………………………….[[5]](#footnote-5)**
2. **Zastrzegam / nie zastrzegam[[6]](#footnote-6)** w trybie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, w odniesieniu do informacji zawartych w ofercie, iż nie mogą być one udostępniane innym uczestnikom postępowania. **Zastrzeżeniu podlegają następujące informacje, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji:................................................ . Jednocześnie, zgodnie z art 8 ust 3 Pzp dołączając wyjaśnienia/dokumenty ... wykazuję iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.**
3. Oferta została złożona na ......................... ponumerowanych stronach.
4. Integralną część oferty stanowią następujące oświadczenia i dokumenty:

…………………………… .................……………

Nazwa Wykonawcy podpis Wykonawcy

*(lub pieczątka) (osoby upoważnionej lub osób upoważnionych)*

...............................dn. ..........................................2015 r.

Znak sprawy: **NZ-ER/I/ PN/18/15**

Załącznik nr 2 do SIWZ

# O Ś W I A D C Z E N I E

# W Y K O N A W C Y

**w trybie art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa**

**przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro i nie przekracza kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r - Prawo zamówień publicznych (j. t. z 2013, poz 907,984,1047,1473 z późn. zm.) prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na**

**Dostawa 12 szt. respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

Uczestnicząc w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam, że spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności,
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

…………………………… …………………………………………..

Nazwa Wykonawcy podpis Wykonawcy*(lub pieczątka) (osoby upoważnionej lub osób upoważnionych)*

...............................dn. ..........................................2015 r.

Znak sprawy: **NZ-ER/I/ PN/18/15** Załącznik nr 3

do SIWZ

**O Ś W I A D C Z E N I E**

# W Y K O N A W C Y

**o braku podstaw do wykluczenia**

**w trybie art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa**

**przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro i nie przekracza kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r - Prawo zamówień publicznych (j. t. z 2013, poz. 907,984,1047,1473 z późn. zm.)**

**prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na**

**Dostawa 12 szt. respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

Uczestnicząc w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam,   
że brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w **art. 24 ust. 1** ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (j. t. z 2013, poz. 907,984,1047,1473 z późn. zm.)

…………………………… …………………………………………..

Nazwa Wykonawcy podpis Wykonawcy

*(lub pieczątka) (osoby upoważnionej lub osób upoważnionych)*

...............................dn. ..........................................2015 r.

Zał. nr 5 do SIWZ

Znak sprawy: **NZ-ER/I/PN/18/15**

# O Ś W I A D C Z E N I E

# W Y K O N A W C Y

**- przynależność do grupy kapitałowej**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro i nie przekracza kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.Prawo zamówień publicznych (j.t. z 2013, poz 907, 984, 1047, 1473 z późn. zm.),**

**prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na**

**Dostawa 12 szt. respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na **dostawę 12 szt. respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

**reprezentując Wykonawcę ..............................**

oświadczamy że[[7]](#footnote-7):

\*nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp

\*należymy do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp w skład której wchodzą następujące podmioty:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

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

Nazwa i adres Wykonawcy Imienna pieczątka i podpis

(lub pieczątka firmowa) osoby upoważnionej lub osób upoważnionych

Znak sprawy: **NZ-ER/I/PN/18/15**

Załącznik nr 4 do SIWZ

**WYKAZ WYKONANYCH/WYKONYWANYCH GŁÓWNYCH DOSTAW**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro i nie przekracza kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.Prawo zamówień publicznych (j.t. z 2013, poz 907 z późn. zm.),**

**prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na**

**Dostawa 12 szt. respiratorów wraz z zestawem manekinów do ćwiczeń**

Oświadczam, że zrealizowałem należycie DOSTAWY polegające na

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Dostawa respiratorów -min 5 szt | Ilość sztuk | Data wykonania/wykony  wania dostawy | Podmiot na rzecz którego dostawa została wykonana/jest wykonywana |
| 1 | Dostawa respiratorów |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Dostawy sprzętu medycznego, w tym szkoleniowego | Wartość brutto dostawy | Data wykonania/wykony  wania dostawy | Podmiot na rzecz którego dostawa została wykonana/jest wykonywana |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu dołączam potwierdzenia należytego wykonania wskazanych dostaw.

…………………………… …………………………………………..

Nazwa Wykonawcy podpis Wykonawcy

*(lub pieczątka) (osoby upoważnionej lub osób upoważnionych)*

Wartość podaną w walutach innych niż polski złoty Zamawiający przeliczy w sposób: Kwoty w dokumentach podane w walutach innych niż złoty będą przeliczane na potrzeby oceny ofert na PLN wg średniego kursu NBP obowiązującego w dniu publikacji ogłoszenia o zamówieniu, a jeżeli w tym dniu kursu nie ogłoszono, do w/w przeliczenia zastosowanie zostanie ostatni ogłoszony kurs przed tym dniem.

Jeżeli wykonane przez wykonawcę dostawy obejmowały szerszy zakres niż opisane w warunku udziału pkt V.1. ppkt 1) SIWZ, to wówczas zobowiązany jest do **jednoznacznego** (niebudzącego wątpliwości, dopuszczającego jedną tylko możliwą interpretację) **określenia wartości brutto wymienionych w tabeli dostaw polegających na dostawach sprzętu medycznego, odpowiednio do opisu spełniania warunku.**

1. Należy wskazać nr faksu, na który Zamawiający będzie przesyłał oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zgodnie z art. 27 ust. 2 ustawy z zachowaniem procedury określonej w pkt. VII.3 SIWZ; (jeżeli Wykonawca posiada [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wskazać adres poczty elektronicznej, na którą Zamawiający będzie przesyłał oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zgodnie z art. 27 ust. 2 ustawy z zachowaniem procedury określonej w pkt. VII.3 SIWZ; (jeżeli Wykonawca posiada [↑](#footnote-ref-2)
3. Zamawiający wskazuje, iż z uwagi iż sprzęt wskazany w danej pozycji jest nabywany jako wyposażenie statku ratowniczego, obowiązuje stawka VAT w wymiarze 0%. Wiecej informacji - SIWZ pkt XII ppkt 2. [↑](#footnote-ref-3)
4. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zamawiającego 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 przepisami prawa. 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić. W przypadku wykonywania całości lub części zamówienia przez podwykonawców należy wskazać część zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku zastrzeżenia w ofercie informacji w trybie art. 8 ust. 3 ustawy należy wymienić informacje zastrzeżone stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa oraz zabezpieczyć je zgodnie z postanowieniami SIWZ, oraz nie później niż w terminie składania ofert wykazać że dane informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. [↑](#footnote-ref-6)
7. Niepotrzebne skreślić lub prawidłową odpowiedź podkreślić. Z powyższego oświadczenia winna wynikać informacja nt przynależności wykonawcy do grupy kapitałowej, [↑](#footnote-ref-7)