



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Numer referencyjny: **17/PN/23**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MYŚLENICACH**

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2,  
**informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205  
**sekretariat** 37-20-670, 37-20-671  
**fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

**SPECYFIKACJA WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

DLA

POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO  
PROWADZONEGO W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO

ogłoszonego zgodnie z postanowieniami ustawy  
z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

którego przedmiotem jest:

**Usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w  
pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywania transportu  
wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego**

**Obowiązujące terminy:**

**Termin składania ofert: 26.06.2023 r**

**Termin otwarcia ofert: 26.06.2023 r.**

**Termin związania ofertą: 23.09.2023 r.**

*Ilekoć w treści niniejszej Specyfikacji Warunków Zamówienia (dalej: SWZ) wskazano akty prawne należy przyjąć, że zostały one przywołane w brzmieniu aktualnym na dzień wszczęcia przedmiotowego postępowania*



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

### Dział I

**Nazwa oraz adres zamawiającego, numer telefonu, adres poczty elektronicznej oraz strony internetowej prowadzonego postępowania:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2

Adres strony internetowej prowadzonego postępowania:

<https://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice>

Informacja (012) 27-30-355, 27-30-205

Sekretariat 37-20-670, 37-20-671

Fax. 27-21-855

NIP: 681-169-06-68

REGON: 000300570

**Dział zamówień publicznych i umów:** e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

### Dział II

**Tryb udzielenia zamówienia oraz kwalifikacja podmiotowa wykonawcy po badaniu i ocenie ofert.  
Informacje dotyczące finansowania.**

1. Postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych zwaną w dalszej części SWZ Ustawą lub Pzp.
2. W przedmiotowym postępowaniu, Zamawiający najpierw dokona badania i oceny ofert, a następnie dokona kwalifikacji podmiotowej wykonawcy, którego oferta została najwyżej oceniona, w zakresie braku podstaw wykluczenia.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych oraz ofert wariantowych oraz w postaci katalogów elektronicznych. Uzasadnienie braku możliwości składania ofert częściowych wynika z przedmiotu zamówienia, który obejmuje jeden przedmiot zamówienia w zakresie usług sprzątnia i utrzymania czystości, które z przyczyn organizacyjno-technicznych nie powinny być rozdzielane.
4. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
5. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
6. Zamawiający nie zastrzega, że o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wyłącznie Wykonawcy, o których mowa w art. 94 Pzp.
7. Zamawiający nie przewiduje udzielania zamówień, o których mowa w art. 214 ust. 1 pkt 8 Pzp.
8. Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę kluczowych części zamówienia.
9. Zamawiający nie wymaga od Wykonawcy odbycia wizji lokalnej, jednak ze względu na specyfikę zakresu usług czynności te winny być przez Wykonawcę rozważone.
10. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.

### Dział III

**Opis przedmiotu zamówienia**



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

1. Przedmiotem zamówienia są usługi obejmujące swym zakresie usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątnięcia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywania transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego.

2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz wymagania Zamawiającego względem przedmiotu zamówienia zostały określone w załączniku nr 1 do SWZ.

4. Nazwa i kod wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

**Kod CPV 90910000-9 usługi sprzątnięcia.**

**Kod CPV 85110000-3 usługi szpitalne i podobne**

5. Wymagania dotyczące zatrudnienia na podstawie umowy o pracę:

Zamawiający wymaga zatrudnienia przy realizacji usługi przez Wykonawcę lub podwykonawcę, na podstawie umowy o pracę osób fizycznych wykonujących **na terenie Szpitala prace objęte przedmiotem zamówienia w ilości nie mniejszej niż 78,2 etatu**, stanowiący personel Wykonawcy lub podwykonawcy. W trakcie realizacji zamówienia Zamawiający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy odnośnie spełniania przez Wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane czynności (zgodnie z załącznikiem nr 1 do SIWZ). Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:

- 1) żądania oświadczeń i dokumentów w zakresie potwierdzenia spełnienia ww. wymogów i dokonywania ich oceny;
- 2) żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełnienia ww. wymogów;
- 3) przeprowadzania kontroli na miejscu wykonywania robót.

#### **Dział IV**

##### **Termin wykonania zamówienia**

Termin realizacji umowy: **24 miesiące od dnia zawarcia Umowy.**

#### **Dział V**

##### **Podstawy wykluczenia oraz warunki udziału w postępowaniu**

1. O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, którzy:

1.1. spełniają warunki udziału w postępowaniu

##### **Warunek wiedzy i doświadczenia:**

**Zamawiający wymaga, aby wykonawca wykazał, że w okresie ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie wykonał lub wykonuje (w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych) co najmniej jedną usługę kompleksowego, specjalistycznego sprzątnięcia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych wraz z wykonywaniem transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego o wartości usług nie mniejszej niż 3.000.000,00 zł brutto i czasie trwania ciągłego, nie mniej niż w ciągu 12 miesięcy bez przerw,**

Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełniana podstawie wykazu usług i dokumentów potwierdzających należyte wykonanie usługi. Przez jedną usługę Zamawiający rozumie wykonanie usługi w ramach jednej umowy tj. w ramach jednego zamówienia. Warunek ten nie podlega sumowaniu, co oznacza że jeden wykonawca musi wykonać co najmniej 1 usługę o której mowa w opisie sposobu spełnienia warunku. W przypadku wykonawców składających wspólną ofertę lub w przypadku, gdy wykonawca składający ofertę do spełnienia niniejszego warunku korzysta z potencjału podmiotu trzeciego, koniecznym jest wykazanie posiadania wymaganego doświadczenia przez odpowiednio:



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- a) co najmniej jednego wykonawcę wchodzącego w skład zespołu wykonawców, którzy składają wspólną ofertę,
- b) podmiot trzeci na którego zasoby w celu spełnienia warunku powołuje się wykonawca składający ofertę.

Jeśli Wykonawca biorący indywidualnie lub wspólnie udział w postępowaniu polegał na doświadczeniu grupy wykonawców, której był członkiem przy innym zamówieniu, a skład grupy wykonawców jest inny niż w niniejszym postępowaniu, zobowiązany jest wykazać swój faktyczny udział w realizacji zamówienia, które potwierdza jego doświadczenie (tj. zgodnie z wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości, który w wyroku z dnia 4.05.2017r. stwierdził, iż art. 44 dyrektywy 2004/18 w związku z art. 48 ust.2 lit. b/ tej dyrektywy oraz zasadą równego traktowania wykonawców należy interpretować w ten sposób, że nie dopuszcza on, by Wykonawca biorący indywidualnie udział w postępowaniu polegał na doświadczeniu grupy wykonawców, której był członkiem przy innym zamówieniu, jeżeli faktycznie nie uczestniczył w jego realizacji)

**Dysponowania osobami, zdolnymi do realizacji zamówienia.**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wykazał, że dysponuje, lub będzie dysponował osobami posiadającymi kwalifikacje i doświadczenie (minimum 3 lata) w placówkach służby zdrowia w zakresie nadzoru nad wykonywaniem usług stanowiących przedmiot zamówienia tj. należy wykazać, że osoba proponowana na stanowisko do nadzoru nad pracownikami (koordynator) i/lub osoba nadzorująca pracę i/lub inna osoba na stanowisku kierowniczym, wykonująca czynności nadzorcze nad pracownikami), w okresie ostatnich 3 lat, przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie sprawowała nieprzerwalnie, co najmniej przez 6 miesięcy funkcję kierowniczą w stosunku do zatrudnionego personelu tj. zarządzała w tym okresie pracą co najmniej 10 osób.

Na etapie wzywania w sprawie podmiotowych środków dowodowych Zamawiający przedstawi wzory załączników w zakresie załączników dla potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w zakresie wiedzy i doświadczenia a także w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

**W pozostałym zakresie: nie stawia się warunków udziału w postępowaniu**

**Podstawy wykluczenia:**

- 1.2. nie podlegają wykluczeniu na podstawie przesłanek określonych w pkt. 2 i 3 niniejszego Działu SWZ
2. Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawcę w przypadkach, o których mowa w:
  - 2.1. art. 108 ust. 1 pkt 1) - 6) Pzp (obligatoryjne przesłanki wykluczenia).
3. Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się również Wykonawców w przypadkach, o których mowa:
  - 3.1. w art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2022 poz. 835),
  - 3.2. art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
4. Zamawiający nie określa warunków udziału w postępowaniu.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

## Dział VI

### Oświadczenie z art. 125 ust. 1 Pzp

1. Wraz z ofertą Wykonawca składa oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp, o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania, w zakresie wskazanym w Dziale V SWZ – zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWZ. Zamawiający w celu skrócenia czasu trwania sporządzenia JEDZ udostępnia wzór w formacie .word.

1.1. Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 1 niniejszego Działu SWZ, składa się na formularzu jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (dalej JEDZ), zgodnie z poniższymi zasadami:

1.1.1. Wykonawca może wypełnić JEDZ, tworząc dokument w postaci elektronicznej. Przy wypełnianiu JEDZ wykonawca może korzystać z narzędzia ESPD (JEDZ/ESPD) lub innych dostępnych narzędzi lub oprogramowania, które umożliwiają wypełnienie JEDZ i utworzenie dokumentu w postaci elektronicznej, w szczególności w jednym z formatów przewidzianych w Dziale VIII SWZ.

1.1.1.1. Wykonawcy, korzystając z serwisu eESPD tworzą elektroniczną wersję formularza JEDZ.

1.1.1.2. Serwis eESPD został udostępniony przez Urząd Zamówień Publicznych pod adresem: <https://espd.uzp.gov.pl/>.

1.1.1.3. Pod wskazanym serwisem znajduje się Instrukcja wypełniania formularza jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia dostępna jest na stronie Urzędu Zamówień Publicznych pod adresem:

[https://www.uzp.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0026/53468/Jednolity-Europejski-Dokument-Zamowienia-instrukcja-2022.pdf](https://www.uzp.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0026/53468/Jednolity-Europejski-Dokument-Zamowienia-instrukcja-2022.pdf).

1.1.2. Po stworzeniu lub wygenerowaniu przez wykonawcę dokumentu JEDZ w postaci elektronicznej, wykonawca podpisuje dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

1.1.3. Składając JEDZ, wykonawcy zobowiązani są wypełnić:

1.1.3.1. Część II: Informacje dotyczące wykonawcy:

1.1.3.1.1. sekcję A: Informacje na temat wykonawcy (z wyłączeniem punktu dotyczącego zamówienia zastrzeżonego)

1.1.3.1.2. sekcję B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy

1.1.3.1.3. sekcję D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega

1.1.3.2. Część III: Podstawy wykluczenia:

1.1.3.2.1. sekcję A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo

1.1.3.2.2. sekcję B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne

1.1.3.2.3. sekcję C: Podstawy związane z niewyptacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi, ograniczając się w ramach sekcji C do oświadczeń, w zakresie wskazanym poniżej:

1.1.3.2.3.1. „naruszenie obowiązków w dziedzinie prawa ochrony środowiska”

1.1.3.2.3.2. „naruszenie obowiązków w dziedzinie prawa socjalnego”

1.1.3.2.3.3. „naruszenie obowiązków w dziedzinie prawa pracy”

1.1.3.2.3.4. „porozumienia z innymi wykonawcami mające na celu zakłócenie konkurencji”

1.1.3.2.3.5. „bezpośrednie lub pośrednie zaangażowanie w przygotowanie przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia”



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

1.1.3.2.4. sekcję D: Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym (w tym również uwzględnia przesłanki wykluczenia, zawarte w art. 7 ust. 1 pkt. 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2022 poz. 835).

1.1.3.3. Część VI: Oświadczenia końcowe (należy wskazać datę, miejsce).

2. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie, o którym mowa w pkt 1 niniejszego Działu SWZ, składa każdy z wykonawców. Oświadczenia te potwierdzają brak podstaw wykluczenia.

3. Ilekroć mowa w niniejszej SWZ o wykluczeniu ze względu na sankcje, należy to rozumieć wprost, tak jak to wynika z wszystkich obowiązujących przepisów, zarówno krajowych jak i europejskich.

## Dział VII

### Informacja o podmiotowych środkach dowodowych

1. Wykonawca, którego oferta zostanie najwyżej oceniona, zostanie wezwany do złożenia w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 10 dni od dnia wezwania następujących podmiotowych środków dowodowych, w celu wykazania braku podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w Dziale V pkt 2 SWZ (aktualnych na dzień ich złożenia):

1.1. **wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.**

1.2. **Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.**

1.3. **Informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 1) i 2) Pzp, sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem,**

1.4. **Informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 4) Pzp, dotyczącej orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka karnego, sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem,**

1.5. **Oświadczenie wykonawcy, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5) Pzp, o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, albo oświadczenia wykonawcy o przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami**



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

**potwierdzającymi przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej przekazany przez Zamawiającego wraz z wezwaniem, o którym mowa w pkt. 1 niniejszego Działu SWZ),**

**1.6. Oświadczenia wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:**

**1.6.1. art. 108 ust. 1 pkt 3) Pzp,**

**1.6.2. art. 108 ust. 1 pkt 4) Pzp, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,**

**1.6.3. art. 108 ust. 1 pkt 5) Pzp, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,**

**1.6.4. art. 108 ust. 1 pkt 6) Pzp,**

**wzór oświadczenia będzie przekazany przez Zamawiającego wraz z wezwaniem, o którym mowa w pkt. 1 niniejszego Działu SWZ.**

2. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast Informacji z Krajowego Rejestru Karnego, o której mowa w pkt. 1.1 i 1.2. niniejszego Działu, składa informację z odpowiedniego rejestru, takiego jak rejestr sądowy, albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, w zakresie podstawy wykluczenia, o którym mowa w pkt. 1.1. i 1.4. niniejszego Działu (dokument ten winien zostać wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jego złożeniem).

2.1. Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt. 2 niniejszego Działu, lub gdy dokumenty te nie odnoszą się do wszystkich przypadków, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 1), 2) i 4) Pzp, zastępuje się je odpowiednio w całości lub w części dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone pod przysięgą, lub, jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania nie ma przepisów o oświadczeniu pod przysięgą, złożone przed organem sądowym lub administracyjnym, notariuszem, organem samorządu zawodowego lub gospodarczego, właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy (dokument ten winien zostać wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jego złożeniem).

3. Wykonawca nie podlega wykluczeniu w okolicznościach określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 Pzp, jeżeli udowodni Zamawiającemu, że spełnił łącznie następujące przesłanki:

3.1. naprawił lub zobowiązał się do naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem, w tym poprzez zadośćuczynienie pieniężne,

3.2. wyczerpująco wyjaśnił fakty i okoliczności związane z przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem oraz spowodowanymi przez nie szkodami, aktywnie współpracując odpowiednio z właściwymi organami, w tym organami ścigania, lub zamawiającym,

3.3. podjął konkretne środki techniczne, organizacyjne i kadrowe, odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom, wykroczeniom lub nieprawidłowemu postępowaniu, w szczególności:

3.3.1. zerwał wszelkie powiązania z osobami lub podmiotami odpowiedzialnymi za nieprawidłowe postępowanie wykonawcy,

3.3.2. zreorganizował personel,



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 3.3.3. wdrożył system sprawozdawczości i kontroli,
- 3.3.4. utworzył struktury audytu wewnętrznego do monitorowania przestrzegania przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów,
- 3.3.5. wprowadził wewnętrzne regulacje dotyczące odpowiedzialności i odszkodowań za nieprzestrzeganie przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów.
- 3.4. Zamawiający oceni, czy podjęte przez wykonawcę czynności, o których mowa w pkt. 3.1.-3.3. niniejszego działu, są wystarczające do wykazania jego rzetelności, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu wykonawcy. Jeżeli podjęte przez wykonawcę czynności, o których mowa w pkt. 3.1.-3.3. niniejszego działu, nie są wystarczające do wykazania jego rzetelności, Zamawiający wyklucza wykonawcę.
- 3.5. W okolicznościach wskazanych w pkt. 3.1.-3.3. niniejszego działu, wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia stosownych rubryk w JEDZ.
4. Zamawiający nie będzie wzywał do złożenia podmiotowych środków dowodowych, jeżeli może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, o ile wykonawca wskazał w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp (Dział VI SWZ), dane umożliwiające dostęp do tych środków.
5. W zakresie nieuregulowanym Pzp lub SWZ do oświadczeń i dokumentów składanych przez Wykonawcę w postępowaniu zastosowanie mają w szczególności przepisy:
- 5.1. rozporządzenia Ministra Rozwoju Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy,
- 5.2. rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.

#### **Dział VIII**

#### **Informacje o środkach komunikacji elektronicznej, przy użyciu których zamawiający będzie komunikował się z wykonawcami, oraz informacje o wymaganiach technicznych i organizacyjnych sporządzania, wysyłania i odbierania korespondencji elektronicznej**

1. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim w formie elektronicznej za pośrednictwem platformazakupowa.pl dostępnej pod adresem: <https://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice>
2. W celu skrócenia czasu udzielenia odpowiedzi na pytania komunikacja między zamawiającym a wykonawcami w zakresie:
  - przesyłania Zamawiającemu pytań do treści SWZ;
  - przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia podmiotowych środków dowodowych;
  - przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia/poprawienia/uzupełnienia oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1, podmiotowych środków dowodowych, innych dokumentów lub oświadczeń składanych w postępowaniu;





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia wyjaśnień dotyczących treści oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1 lub złożonych podmiotowych środków dowodowych lub innych dokumentów lub oświadczeń składanych w postępowaniu;
- przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia wyjaśnień dot. treści przedmiotowych środków dowodowych;
- przesłania odpowiedzi na inne wezwania Zamawiającego wynikające z ustawy - Prawo zamówień publicznych;
- przesyłania wniosków, informacji, oświadczeń Wykonawcy;
- przesyłania odwołania/inne

odbywa się za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) i formularza „Wyślij wiadomość do zamawiającego”.

Za datę przekazania (wpływu) oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji przyjmuje się datę ich przesłania za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) poprzez kliknięcie przycisku „Wyślij wiadomość do zamawiającego” po których pojawi się komunikat, że wiadomość została wysłana do zamawiającego.

3. Zamawiający będzie przekazywał wykonawcom informacje w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl). Informacje dotyczące odpowiedzi na pytania, zmiany specyfikacji, zmiany terminu składania i otwarcia ofert Zamawiający będzie zamieszczał na platformie w sekcji „Komunikaty”. Korespondencja, której zgodnie z obowiązującymi przepisami adresatem jest konkretny wykonawca, będzie przekazywana w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) do konkretnego wykonawcy.

4. Wykonawca jako podmiot profesjonalny ma obowiązek sprawdzania komunikatów i wiadomości bezpośrednio na [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) przesłanych przez zamawiającego, gdyż system powiadomień może ulec awarii lub powiadomienie może trafić do folderu SPAM.

5. Zamawiający, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie (Dz. U. z 2020r. poz. 2452), określa niezbędne wymagania sprzętowo - aplikacyjne umożliwiające pracę na [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl), tj.:

- 5.1. stały dostęp do sieci Internet o gwarantowanej przepustowości nie mniejszej niż 512 kb/s,
- 5.2. komputer klasy PC lub MAC o następującej konfiguracji: pamięć min. 2 GB Ram, procesor Intel IV 2 GHZ lub jego nowsza wersja, jeden z systemów operacyjnych - MS Windows 7, Mac Os x 10 4, Linux, lub ich nowsze wersje,
- 5.3. zainstalowana dowolna, inna przeglądarka internetowa niż Internet Explorer,
- 5.4. włączona obsługa JavaScript,
- 5.5. zainstalowany program Adobe Acrobat Reader lub inny obsługujący format plików .pdf,
- 5.6. Szyfrowanie na [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) odbywa się za pomocą protokołu TLS 1.3.
- 5.7. Oznaczenie czasu odbioru danych przez platformę zakupową stanowi datę oraz dokładny czas (hh:mm:ss) generowany wg. czasu lokalnego serwera synchronizowanego z zegarem Głównego Urzędu Miar.

6. Wykonawca, przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

- 6.1. akceptuje warunki korzystania z [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej pod linkiem w zakładce „Regulamin” oraz uznaje go za wiążący,
- 6.2. zapoznał i stosuje się do Instrukcji składania ofert/wniosków dostępnej [pod linkiem](#).



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

7. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za złożenie oferty w sposób niezgodny z Instrukcją korzystania z [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl), w szczególności za sytuację, gdy zamawiający zapozna się z treścią oferty przed upływem terminu składania ofert (np. złożenie oferty w zakładce „Wyślij wiadomość do zamawiającego”). Taka oferta zostanie uznana przez Zamawiającego za ofertę handlową i nie będzie brana pod uwagę w przedmiotowym postępowaniu ponieważ nie został spełniony obowiązek narzucony w art. 221 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

8. Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) dotyczące w szczególności logowania, składania wniosków o wyjaśnienie treści SWZ, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców” na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>

#### 9. Zalecenia

**Formaty plików wykorzystywanych przez wykonawców powinny być zgodne z “OBWIESZCZENIEM PREZESA RADY MINISTRÓW z dnia 9 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych”.**

**Poniżej przedstawiamy listę sugerowanych zapisów do specyfikacji:**

- 1) Zamawiający rekomenduje wykorzystanie formatów: .pdf .doc .xls .jpg (.jpeg) **ze szczególnym wskazaniem na .pdf**
- 2) W celu ewentualnej kompresji danych Zamawiający rekomenduje wykorzystanie jednego z formatów:
  - a) .zip
  - b) .7Z
- 3) Wśród formatów powszechnych a **NIE występujących** w rozporządzeniu występują: .rar .gif .bmp .numbers .pages.
- 4) Ze względu na niskie ryzyko naruszenia integralności pliku oraz łatwiejszą weryfikację podpisu, zamawiający zaleca, w miarę możliwości, przekonwertowanie plików składających się na ofertę na format .pdf i opatrzenie ich podpisem kwalifikowanym PAdES.
- 5) Pliki w innych formatach niż PDF zaleca się opatrzyć zewnętrznym podpisem XAdES. Wykonawca powinien pamiętać, aby plik z podpisem przekazywać łącznie z dokumentem podpisywanym.
- 6) Zamawiający zaleca, aby Wykonawca z odpowiednim wyprzedzeniem przetestował możliwość prawidłowego wykorzystania wybranej metody podpisania plików oferty.
- 7) Zaleca się, aby komunikacja z wykonawcami odbywała się tylko na Platformie za pośrednictwem formularza “Wyślij wiadomość do zamawiającego”, nie za pośrednictwem adresu email.
- 8) Ofertę należy przygotować z należytą starannością dla podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia publicznego i zachowaniem odpowiedniego odstępu czasu do zakończenia przyjmowania ofert/wniosków. Sugerujemy złożenie oferty na 24 godziny przed terminem składania ofert/wniosków.
- 9) Podczas podpisywania plików zaleca się stosowanie algorytmu skrótu SHA2 zamiast SHA1.
- 10) Jeśli wykonawca pakuje dokumenty np. w plik ZIP zalecamy wcześniejsze podpisanie każdego ze skompresowanych plików.
- 11) Zamawiający rekomenduje wykorzystanie podpisu z kwalifikowanym znacznikiem czasu.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

12) Zamawiający zaleca aby nie wprowadzać jakichkolwiek zmian w plikach po podpisaniu ich podpisem kwalifikowanym. Może to skutkować naruszeniem integralności plików co równoważne będzie z koniecznością odrzucenia oferty w postępowaniu.

10. Komunikacja ustna dopuszczalna jest wyłącznie w odniesieniu do informacji, które nie są istotne, w szczególności nie dotyczą ogłoszenia o zamówieniu lub dokumentów zamówienia, ofert, o ile jej treść jest udokumentowana (wymagana jest pisemna notatka z ustnej rozmowy).

11. Zamawiający nie przewiduje komunikowania się Zamawiającego z Wykonawcami w inny sposób niż przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w przypadku zaistnienia jednej z sytuacji określonych w art. 65 ust. 1, art. 66 Pzp.

12. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z wnioskiem o wyjaśnienie treści SWZ. W tym zakresie obowiązujące są terminy i zasady wynikające z PZP.

13. Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, zgodnie z PZP.

#### Dział IX

##### Wskazanie osób uprawnionych do komunikowania się z wykonawcami

1. Osobami uprawnionymi do komunikowania się z Wykonawcami w sprawach dotyczących postępowania są:

1.1. Ewa Szczepaniec, Anna Habieda – pod względem proceduralnym,

1.2. Bożena Węgrzyn – pod względem przedmiotu zamówienia,

2. Sposób komunikacji z ww. osób została wskazana w Dziale VIII SWZ.

#### Dział X

##### Termin związania ofertą

1. Wykonawca będzie związany złożoną ofertą do dnia **23.09.2023 r.**

2. Pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert.

#### Dział XI

##### Opis sposobu przygotowania oferty

1. Ofertę sporządza się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej. Do zachowania elektronicznej formy czynności prawnej wystarcza złożenie oświadczenia woli w postaci elektronicznej i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym. W procesie składania oferty, na platformie, **kwalifikowany podpis elektroniczny** Wykonawca składa bezpośrednio na dokumencie, który następnie przesyła do systemu.

*Upoważnienie osób podpisujących ofertę do jej podpisania musi wynikać z właściwego rejestru. Jeżeli upoważnienie takie nie wynika wprost z właściwego rejestru, to do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo. Pełnomocnictwo przekazuje się w postaci elektronicznej i opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym. W przypadku, gdy pełnomocnictwo zostało wystawione w postaci papierowej i opatrzone własnoręcznym podpisem, przekazuje się cyfrowe odwzorowanie tego dokumentu, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, poświadczającym zgodność cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej. Poświadczenia zgodności cyfrowego odwzorowania z pełnomocnictwem w postaci papierowej, może dokonać mocodawca (osoba/osoby wystawiające pełnomocnictwo) lub notariusz.*



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

2. Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów, które każdego z nich dotyczą. Poprzez oryginał należy rozumieć dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione. Poświadczenie za zgodność z oryginałem następuje w formie elektronicznej podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione.

3. Oferta powinna być:

a) sporządzona na podstawie załączników niniejszej SWZ w języku polskim,

b) złożona przy użyciu środków komunikacji elektronicznej tzn. za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl),

c) podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione

4. Podpisy kwalifikowane wykorzystywane przez wykonawców do podpisywania wszelkich plików muszą spełniać wymogi wynikające z "Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (eIDAS) (UE) nr 910/2014 - od 1 lipca 2016 roku".

5. W przypadku wykorzystania formatu podpisu XAdES zewnętrzny, Zamawiający wymaga dołączenia odpowiedniej ilości plików tj. podpisywanych plików z danymi oraz plików podpisu w formacie XAdES.

6. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp, nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Jeżeli wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób niebudzący wątpliwości zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, załączając stosowne wyjaśnienia, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Na platformie w formularzu składania oferty znajduje się miejsce wyznaczone do dołączenia części oferty stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa.

7. Wykonawca, za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) może przed upływem terminu składania ofert wycofać ofertę. Sposób dokonywania wycofania oferty zamieszczono w instrukcji zamieszczonej na stronie internetowej pod adresem:

<https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>

8. Każdy z wykonawców może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert lub oferty zawierającej propozycje wariantowe podlegają będą odrzuceniu.

9. Ceny oferty muszą zawierać wszystkie koszty, jakie musi ponieść wykonawca, aby zrealizować zamówienie z najwyższą starannością oraz ewentualne rabaty.

10. Dokumenty i oświadczenia składane przez wykonawcę powinny być w języku polskim. W przypadku załączenia dokumentów sporządzonych w innym języku niż dopuszczony, wykonawca zobowiązany jest załączyć tłumaczenie na język polski.

11. Zgodnie z definicją dokumentu elektronicznego z art.3 ustęp 2 Ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, opatrzenie pliku zawierającego skompresowane dane kwalifikowanym podpisem elektronicznym jest jednoznaczne z podpisaniem oryginału dokumentu, z wyjątkiem kopii poświadczonych odpowiednio przez innego wykonawcę ubiegającego się wspólnie z nim o udzielenie zamówienia, przez podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, albo przez podwykonawcę.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

12. Maksymalny rozmiar jednego pliku przesyłanego za pośrednictwem dedykowanych formularzy do: złożenia, zmiany, wycofania oferty wynosi 150 MB natomiast przy komunikacji wielkość pliku to maksymalnie 500 MB.

13. W formularzu oferty, stanowiącym załącznik nr 1 do SWZ, Wykonawca zobowiązany jest podać adres poczty elektronicznej na który Zamawiający będzie przysłać Wykonawcy korespondencję).

**14. Na ofertę składa się:**

**14.1. Formularz oferty (wzór załącznik nr 2 do SWZ),**

**14.2. Oświadczenie (oświadczenia) na podstawie art. 125 ust. 1 Pzp - JEDZ (wzór załącznik nr 3 SWZ),**

**14.3. Pełnomocnictwo lub pełnomocnictwa (jeżeli dotyczy).**

**14.4. Dokument potwierdzający wniesienie wadium (dotyczy wadium wniesionego w formie niepieniężnej).**

**14.5. Oświadczenie o braku podstaw wykluczenia wynikające z przesłanek określonych w art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (wzór oświadczenia załącznik nr 5 do SWZ).**

## Dział XII

### Sposób oraz termin składania i otwarcie ofert

1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy umieścić na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) pod adresem <https://www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice> do dnia **26.06.2023r.** do godz. **12:30**.

2. Do oferty należy dołączyć wszystkie wymagane w SWZ dokumenty.

3. Po wypełnieniu Formularza składania oferty lub wniosku i dołączenia wszystkich wymaganych załączników należy kliknąć przycisk „Przejdź do podsumowania”.

4. Oferta lub wniosek składana elektronicznie musi zostać podpisana elektronicznym podpisem kwalifikowanym. W procesie składania oferty za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl), wykonawca powinien złożyć podpis bezpośrednio na dokumentach przesłanych za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl). Zalecamy stosowanie podpisu na każdym załączonym pliku osobno, w szczególności wskazanych w art. 63 ust 1 oraz ust.2 Pzp, gdzie zaznaczono, iż oferty, wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu oraz oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust.1 sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci lub formie elektronicznej i opatruje się odpowiednio w odniesieniu do wartości postępowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

5. Za datę złożenia oferty przyjmuje się datę jej przekazania w systemie (platformie) w drugim kroku składania oferty poprzez kliknięcie przycisku “Złóż ofertę” i wyświetlenie się komunikatu, że oferta została zaszyfrowana i złożona.

6. Szczegółowa instrukcja dla Wykonawców dotycząca złożenia, zmiany i wycofania oferty znajduje się na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>

7. Otwarcie ofert następuje niezwłocznie po upływie terminu składania ofert, nie później niż następnego dnia po dniu, w którym upłynął termin składania ofert tj. **26.06.2023r. o godz. 13:10**

8. Jeżeli otwarcie ofert następuje przy użyciu systemu teleinformatycznego, w przypadku awarii tego systemu, która powoduje brak możliwości otwarcia ofert w terminie określonym przez zamawiającego, otwarcie ofert następuje niezwłocznie po usunięciu awarii.

9. Zamawiający poinformuje o zmianie terminu otwarcia ofert na stronie internetowej prowadzonego postępowania.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

10. Zamawiający, najpóźniej przed otwarciem ofert, udostępnia na stronie internetowej prowadzonego postępowania informację o kwocie, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

11. Zamawiający, niezwłocznie po otwarciu ofert, udostępnia na stronie internetowej prowadzonego postępowania informacje o:

1. nazwach albo imionach i nazwiskach oraz siedzibach lub miejscach prowadzonej działalności gospodarczej albo miejscach zamieszkania wykonawców, których oferty zostały otwarte;
2. cenach lub kosztach zawartych w ofertach.

12. Informacja zostanie opublikowana na stronie postępowania na [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl) w sekcji „Komunikaty”.

### Dział XIII

#### Wymagania dotyczące wadium, w tym jego kwota

1. Wykonawca przystępujący do niniejszego postępowania jest zobowiązany wnieść wadium na czas związania ofertą o wartości **40.000,00 zł (słownie: czterdzieści tysięcy zł 00/100)**.

2. Wadium wnosi się przed upływem terminu składania ofert i utrzymuje nieprzerwanie do dnia upływu terminu związania ofertą, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 98 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2 Pzp.

3. Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

- 3.1. Pieniądzu,
- 3.2. Gwarancjach bankowych,
- 3.3. Gwarancjach ubezpieczeniowych,
- 3.4. Poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości.

4. W przypadku wniesienia wadium w formach określonych powyżej w pkt 3.2.- 3.4., dokument winien być wystawiony na Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach, ul. Szpitalna 2, 32-400 Myślenice.

5. Wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o numerze **55 1240 2294 1111 0010 7831 6446** z dopiskiem: „**Wadium 17/PN/23 - sprzętanie**”

6. Wnosząc wadium Wykonawca winien powołać się na nazwę niniejszego postępowania oraz nr nadany postępowaniu przez Zamawiającego.

7. Wadium w formie niepieniężnej:

7.1. Wykonawca przekazuje Zamawiającemu oryginał gwarancji lub poręczenia, w postaci elektronicznej.

7.2. Treść dokumentu wadium winna zawierać nazwę niniejszego postępowania oraz nr nadany postępowaniu przez Zamawiającego.

7.3. Udzielona gwarancja:

7.3.1. musi być gwarancją samoistną, nieodwołalną, bezwarunkową i płatną na pierwsze żądanie, bez konieczności przedkładania jakichkolwiek dodatkowych dokumentów,

7.3.2. musi obejmować odpowiedzialność za wszystkie przypadki powodujące utratę wadium przez Wykonawcę określone w Ustawie,

7.3.3. z jej treści powinno jednoznacznie wynikać zobowiązanie gwaranta do zapłaty Zamawiającemu całej kwoty wadium,



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

7.3.4. treść gwarancji nie może zawierać klauzuli zwalniającej gwaranta od odpowiedzialności wskutek zwrotu dokumentu gwarancji,

7.3.5. w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (art. 58 Pzp), Zamawiający wymaga, aby poręczenie lub gwarancja obejmowała swą treścią wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (tj. zobowiązanych z tytułu poręczenia lub gwarancji) lub aby z jej treści wynikało, że zabezpiecza ofertę Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (np. konsorcjum).

8. Zasady zwrotu oraz okoliczności zatrzymania wadium określa art. 98 Pzp.

#### **Dział XIV**

##### **Sposób obliczenia ceny**

1. Cena podana w pkt. 1 formularza oferty (wzór stanowi załącznik nr 2 ± do SWZ) jest ceną ostateczną, niepodlegającą negocjacji i wyczerpującą wszelkie należności Wykonawcy wobec Zamawiającego związane z realizacją całego przedmiotu zamówienia. Cena oferty winna zostać przez wykonawcę skalkulowana z uwzględnieniem całego zakresu przedmiotu zamówienia przewidzianego w SWZ, w szczególności w dokumentach zamówienia, o których mowa w pkt. 3 Dział III SWZ.

2. Cena oferty powinna być podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w złotych polskich (PLN). Jeżeli obliczana cena ma więcej miejsc po przecinku należy ją zaokrąglić w ten sposób, że cyfry od 1 do 4 należy zaokrąglić w dół, natomiast cyfry od 5 do 9 należy zaokrąglić w górę.

3. Zamawiający nie przewiduje udzielania zaliczek na poczet wykonania zamówienia publicznego.

4. Jeżeli została złożona oferta, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, dla celów zastosowania kryterium ceny Zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

4.1. W formularzu oferty, Wykonawca ma obowiązek:

4.1.1. poinformowania Zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,

4.1.2. wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego,

4.1.3. wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku,

4.1.4. wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie.

4.1.5. w pkt. 1 formularza oferty wskazać cenę brutto.

5. Zamawiający będzie rozliczał się z Wykonawcą wyłącznie w walucie polskiej (PLN).

6. Obowiązującym jest wynagrodzenie ryczałtowe w ujęciu miesięcznym.

#### **Dział XV**

##### **Opis kryteriów oceny ofert, wraz z podaniem wag tych kryteriów i sposobu oceny ofert**

1. Do porównania ofert Zamawiający przyjmuje ceny ofert z podatkiem VAT.

2. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które nie zostaną odrzucone na podstawie art. 226 ust. 1 Pzp.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

3. Kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej są:

Lp.	KRYTERIUM:	WAGA
1	Cena (K1)	60 %
2	Certyfikat – gwarant czystości i higieny (K2)	20%
3	Certyfikat – system zarządzania jakością (K3)	20%

3.1. Sposób obliczania wartości punktowej ocenianego kryterium:

3.1.1. **Kryterium 1 - Cena (K1)**

najniższa cena oferowana wśród wszystkich podlegających ocenie ofert  
**liczba punktów uzyskanych** = ----- **x 60%**  
cena zaoferowana w badanej ofercie

3.1.1.1. Do oceny przyjmuje się cenę oferty brutto (z podatkiem VAT).

3.1.1.2. W ramach tego kryterium można uzyskać max 60,00 pkt.

3.1.2. **Kryterium 2 – certyfikat gwarant czystości i higieny:**

Wartość kryterium – **20%**

Certyfikat Gwarant Czystości i Higieny

- Wykonawca posiada: 20 pkt;

- Wykonawca nie posiada: 0 pkt

3.1.3. **Kryterium 3 – certyfikat system zarządzania jakością:**

Wartość kryterium - **20%**

Certyfikat ( system zarządzania jakością )

- Wykonawca posiada: 20 pkt;

- Wykonawca nie posiada: 0 pkt

**Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta, która uzyska największą ilość punktów,  
obliczoną według wzoru:**

$$P = K_1 + K_2 + K_3$$

P – łączna liczba punktów uzyskanych przez badaną ofertę

**Uwagi:**

1. W ramach kryterium oceny ofert można uzyskać max. 100,00 pkt.
2. Oferty zostaną ocenione przez Zamawiającego w skali od 0,00 do 100,00 pkt.
3. Za ofertę najkorzystniejszą uznana zostanie oferta, która uzyska łącznie najwyższą liczbę punktów (Kryterium nr 1 + Kryterium nr 2 + Kryterium nr 3).
4. Dokumenty potwierdzające punkty w kryterium nr 2 i 3 należy dołączyć do oferty a w trakcie realizacji zamówienia należy posiadać wskazane certyfikaty.

**Dział XVI**

**Informacje o formalnościach, jakie muszą zostać dopełnione po wyborze oferty**





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

### **w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego**

1. Przed zawarciem umowy wykonawca, którego oferta została wybrana zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu:

1.1. Jeżeli zostanie wybrana oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, Zamawiający wymaga przedłożenia kopii umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

1.2. Zabezpieczenie należytego wykonania umowy w wysokości 3% ceny oferty, wnoszone na okres realizacji zamówienia.

1.3. Zamawiający wymaga, aby najpóźniej na 5 dni przed planowanym zawarciem Umowy Wykonawca przedłożył na podstawie danych zamieszczonych w SWZ opracowany plan higieny, który będzie zgodny z SWZ. Plan higieny należy przedłożyć w ilości co najmniej 2 szt. w wersji papierowej, w wydruku kolorowym, trwale zszytym, umożliwiającym Zamawiającemu zapoznanie się z jego treścią. Jeżeli z analizy planu higieny wyniknie, że Wykonawca zaoferował świadczenie sprzeczne z treścią specyfikacji warunków zamówienia, to Zamawiający poinformuje o tym Wykonawcę, najpóźniej na jeden dzień przed planowanym zawarciem Umowy, wskazując niezgodności wynikające z treści tegoż planu i treści SWZ (np. inne rodzaje środków higienicznych, przewidzianych do realizacji zamówienia, aniżeli te, które wskazano wraz ze złożoną ofertą, rodzaje środków, które nie spełniają wymagań określonych w SWZ i nie są dedykowane do szpitali). W przypadku gdy, Wykonawca nie dokona stosownych korekt wskazanych przez Zamawiającego w pełnym zakresie, Zamawiający ma prawo odstąpić od zawarcia Umowy z przyczyn za które odpowiedzialność ponosi Wykonawca i zatrzymać wniesione wadium

2. Brak przekazania przed podpisaniem dokumentów, o których mowa w pkt. 1 niniejszego Działu SWZ będzie jednoznaczny z faktem, iż zawarcie umowy stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie wykonawcy.

### **Dział XVII**

#### **Projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do treści tej umowy**

1. Wzór umowy, stanowi załącznik do SWZ.

### **Dział XVIII**

#### **Informacja dotycząca zabezpieczenia należytego wykonania umowy**

1. Zamawiający wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości 3% wartości brutto ceny oferty.

2. Zabezpieczenie może być wnoszone według wyboru Wykonawcy w jednej lub w kilku następujących formach:

a) pieniądzu;

b) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że zobowiązanie kasy jest zawsze zobowiązaniem pieniężnym;

c) gwarancjach bankowych;

d) gwarancjach ubezpieczeniowych;

e) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości.

Zabezpieczenie wnoszone w pieniądzu Wykonawca wpłaca przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zamawiającego. W przypadku wniesienia wadium w pieniądzu Wykonawca może wyrazić zgodę na zaliczenie kwoty wadium na poczet zabezpieczenia. Jeżeli zabezpieczenie wniesiono w pieniądzu, Zamawiający przechowuje je na oprocentowanym rachunku bankowym. Zamawiający zwraca zabezpieczenie wniesione w pieniądzu z odsetkami wynikającymi z umowy rachunku bankowego, na którym było ono przechowywane, pomniejszone o koszt prowadzenia tego rachunku oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek bankowy Wykonawcy.

3. Wzór zabezpieczenia w formie niepieniężnej należy przedłożyć do weryfikacji Zamawiającego nie później niż 3



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

dni przed planowanym zawarciem umowy. Zabezpieczenie musi być zgodne z wymaganiami, jakie wynikają z niniejszej SWZ, a Wykonawca ma obowiązek dokonać korekt, jeżeli zostaną stwierdzone braki i/lub niezgodności z SWZ w zakresie treści takiego dokumentu.

#### **Dział XIX**

##### **Informacja o obowiązku osobistego wykonania przez wykonawcę kluczowych zadań**

1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.
2. Zamawiający nie precyzuje obowiązku osobistego wykonania przez wykonawcę kluczowych zadań.
3. Wykonawca, który zamierza wykonywać zamówienie przy udziale podwykonawcy/ów, musi wskazać w formularzu oferty, jaką część (zakres zamówienia) wykonywać będzie podwykonawca oraz podać nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani. Należy w tym celu wypełnić odpowiednio formularz oferty.
4. Zamawiający żąda, aby przed przystąpieniem do wykonania zamówienia Wykonawca podał nazwy, dane kontaktowe oraz przedstawicieli, podwykonawców zaangażowanych w wykonanie zamówienia (jeżeli są już znani). Wykonawca zobowiązany jest do zawiadomienia Zamawiającego o wszelkich zmianach w odniesieniu do informacji, o których mowa w zdaniu pierwszym, w trakcie realizacji zamówienia, a także przekazuje wymagane informacje na temat nowych podwykonawców, którym w późniejszym okresie zamierza powierzyć realizację zamówienia.

#### **Dział XX**

##### **Pozostałe informacje dotyczące postępowania**

1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
2. Zamawiający nie stawia wymagań w zakresie zatrudnienia osób, o których mowa w art. 96 ust. 2 pkt 2 Pzp.
3. Zamawiający nie zastrzega możliwości ubiegania się o udzielenie zamówienia wyłącznie przez wykonawców, o których mowa w art. 94 Pzp.
4. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówienia polegającego na powtórzeniu podobnych usług, o którym mowa w art. 214 ust. 1 pkt 8) Pzp.
5. Zamawiający nie wymaga przeprowadzenia przez Wykonawcę wizji lokalnej lub sprawdzenia przez niego dokumentów niezbędnych do realizacji zamówienia, o których mowa w art. 131 ust. 2 Pzp.
6. Koszty udziału w postępowaniu, a w szczególności koszty sporządzenia oferty, pokrywa wykonawca. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu (za wyjątkiem zaistnienia okoliczności, o której mowa w art. 261 Pzp).
7. Przedmiotowe postępowanie nie jest prowadzone w celu zawarcia umowy ramowej.
8. Zamawiający nie przewiduje w niniejszym postępowaniu przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
9. Zamawiający nie przewiduje zastosowania katalogów elektronicznych w przedmiotowym postępowaniu.

#### **Dział XXI**

##### **Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujących wykonawcy**

1. Zasady, terminy oraz sposób korzystania ze środków ochrony prawnej szczegółowo regulują przepisy Działu IX Pzp.
2. Środki ochrony prawnej przysługują wykonawcy oraz innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów Pzp.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

3. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia oraz dokumentów zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 469 pkt 15 Pzp, oraz Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców.
4. Odwołanie przysługuje na:
  - 4.1. niezgodną z przepisami Pzp czynność Zamawiającego, podjętą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w tym na projektowane postanowienie umowy,
  - 4.2. zaniechanie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do której Zamawiający był obowiązany na podstawie Pzp.
5. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby.
6. Pisma w postępowaniu odwoławczym wnosi się w formie pisemnej albo w formie elektronicznej albo w postaci elektronicznej, z tym że odwołanie i przystąpienie do postępowania odwoławczego, wniesione w postaci elektronicznej, wymagają opatrzenia podpisem zaufanym.
7. Odwołujący przekazuje Zamawiającemu odwołanie wniesione w formie elektronicznej albo postaci elektronicznej albo kopię tego odwołania, jeżeli zostało ono wniesione w formie pisemnej, przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.
8. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przekazania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
9. Odwołanie wobec treści ogłoszenia wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia lub wobec treści dokumentów zamówienia wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia dokumentów zamówienia na stronie internetowej.
10. Odwołanie w przypadkach innych niż określone w pkt. 8 i 9 niniejszego działu SWZ, wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.
11. Jeżeli Zamawiający nie przesłał Wykonawcy zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty odwołanie wnosi się nie później niż w terminie 30 dni od dnia publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.
12. Odwołanie wnosi się w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy, jeżeli Zamawiający nie opublikował w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.
13. Na orzeczenie Izby oraz postanowienie Prezesa Izby, o którym mowa w art. 519 ust. 1 Pzp, stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu. Skargę wnosi się do Sądu Okręgowego w Warszawie – sądu zamówień publicznych.
14. Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Izby, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby lub postanowienia Prezesa Izby, o którym mowa w art. 519 ust. 1 Pzp, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe jest równoznaczne z jej wniesieniem.
15. Od wyroku sądu lub postanowienia kończącego postępowanie w sprawie przysługuje skarga kasacyjna do Sądu Najwyższego.

## Dział XXII

### Klauzula informacyjna RODO



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.), dalej „RODO”, Zamawiający informuje, że:

1.1. Administratorem danych Pani/Pana danych osobowych jest / Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach, 32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2

1.2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

1.2.1. pod adresem poczty elektronicznej: [iod@barbarakolaczschule.pl](mailto:iod@barbarakolaczschule.pl);

1.2.2. pisemnie na adres siedziby Administratora.

1.3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.

1.4. Odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 74 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych.

1.5. Dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie przewidzianym przepisami prawa.

1.6. Po spełnieniu celu, dla którego dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres, który wyznaczony zostanie przede wszystkim na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

1.7. Obowiązek podania danych osobowych bezpośrednio dotyczących wykonawcy/ Podwykonawcy/Podmiotu, na zasoby którego powołuje się wykonawca, jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego. Konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp.

1.8. W odniesieniu do udostępnionych danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.

1.9. Osoba udostępniająca dane posiada:

1.9.1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych jej dotyczących,

1.9.2. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników),

1.9.3. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),

1.9.4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO.

1.10. Osobie udostępniającej dane nie przysługuje:



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 1.10.1. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- 1.10.2. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
- 1.10.3. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
- 1.11. Wykonawca/Podwykonawca/Podmiot na zasoby którego powołuje się wykonawca składa oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO (załącznika nr 1 do SWZ).

### **Dział XXIII Wykaz załączników**

- 1. załącznik nr 1: Opis przedmiotu zamówienia wraz z załącznikami
- 2. załącznik nr 2: Formularz oferty,
- 3. załącznik nr 3: JEDZ (plik w formacie .word),
- 4. załącznik nr 4: Wzór umowy w sprawie realizacji zamówienia wraz z umową najmu.
- 5. załącznik nr 5: Wzór oświadczenia o brak podstaw wykluczenia wynikających z przesłanek określonych w art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r.
- 6. załącznik nr 6: Wzór oświadczenia o braku podstaw wykluczenia wynikających z przesłanek określonych w art. 108

Sporządził

Zatwierdzam



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

załącznik nr 2 do SWZ

### FORMULARZ OFERTY

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 132 Ustawy Pzp, składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia pn.: **Usługi kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i administracyjnych oraz wykonywania transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego** na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Myślenicach.

#### DANE WYKONAWCY\*:

Nazwa Wykonawcy:	
Adres (siedziba) Wykonawcy:	
Województwo:	
NIP:	
REGON:	
Osoba do kontaktu (jeżeli dotyczy):	
Telefon:	
e-mail (na który Zamawiający ma przesłać korespondencję):	
e-mail gwaranta/poręczyciela na który należy zwrócić oświadczenie o zwolnieniu wadium, wniesione w innej formie niż w pieniądzu	

\*w przypadku oferty składanej przez podmioty występujące wspólnie, powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno (kopiowanie tabeli)

1. Zobowiązuję/my się wykonać przedmiot zamówienia w zakresie objętym SWZ na następujących warunkach:

#### Kalkulacja ceny oferty

<u>Lp</u>	<u>Wykaz jednostek objętych usługą</u>	<u>Miesięczna wartość brutto</u> .....(zł)	<u>Roczna wartość brutto</u> .....(zł)	<u>Wartość za okres 2-ch lat brutto</u> .....(zł)
<b>Usługi sprzątnia oraz wykonywanie czynności pomocniczych przy pacjencie</b>				
1	Oddział Chirurgiczny wraz z Intensywną Opieką Pooperacyjną			
2	Oddział Chirurgii Urazowo-ortopedycznej			
3	Blok operacyjny z centralną sterylizacją			



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

4	Oddział Ginekologiczno-położniczy wraz z blokiem porodowym			
5	Oddział Neonatologiczny			
6	Oddział Wewnętrzny wraz z Intensywną Opieką Kardiologiczną			
7	Oddział Neurologiczny			
8	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii			
9	Oddział Dziecięcy			
10	Szpitalny Oddział Ratunkowy			
11	Oddział Chorób Płuc			
12	Oddział Zakaźny			
13	Zakład Opiekuńczo - Leczniczy			
14	Stacja Pomocy Doraźnej			
15	Pracownia Rehabilitacji i Fizykoterapii			
16	Pracownia Diagnostyki Obrazowej RTG, USG, EKG, EEG			
17	Poradnie specjalistyczne			
18	Laboratorium Mikrobiologiczne			
19	Laboratorium Analitiky Medycznej			
20	Apteka Szpitalna			
21	Pozostałe			
	<b>Razem:</b>			

**OGÓŁEM:**

<u>Usługi sprzątania oraz wykonywanie transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego</u>		
<u>Miesięczna wartość brutto</u>	<u>Roczna wartość brutto</u>	<u>Wartość za okres 2-ch lat brutto</u>
.....(zł)	.....(zł)	.....(zł)

Wartość brutto oferty za okres 2 lat (słownie)..... zł.

Stawka VAT

oraz:

- **Posiadami i składam/ nie posiadam\*** certyfikat Gwarant Czystości i Higieny

- **Posiadami i składam/ nie posiadam\*** certyfikatu potwierdzający wprowadzenie systemu zarządzania jakością oraz dołączam ww. dokumenty do oferty



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

### 3. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

- 3.1. Zamówienie zostanie zrealizowane w zakresie i na zasadach określonych w SWZ, jej załącznikach, w tym projekcie umowy.
- 3.2. W cenie mojej/naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- 3.3. Zapoznałem/liśmy się z treścią SWZ, jej załącznikami w tym wzorem umowy oraz wszelkimi ich zmianami (jeżeli dotyczy), w pełni je akceptuję/my i nie wnoszę/wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
- 3.4. Uważam/y się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w Dziale X SWZ.
- 3.5. Oświadczam/my, że:
- 3.5.1. wybór naszej oferty **nie będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
- 3.5.2. wybór naszej oferty **będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w poniższej tabeli:

Lp.	Nazwa(rodzaj) towaru/usługi	Wartość bez kwoty podatku (w zł)	Stawka podatku VAT (w %)

**\*skreślić niepotrzebne**

3.5.3. W przypadku nieskreślenia żadnej z powyższych pozycji (pkt 3.5.1. lub 3.5.2. powyżej), Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy.

3.6. Oświadczam/my, że:

3.6.1. wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu<sup>2</sup>.

**\*skreślić niepotrzebne**

### 3.7. Zamówienie wykonam **sam/z udziałem\*** Podwykonawców (**\*niepotrzebne skreślić**)

L.p.	Części zamówienia - zakres prac jakie Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom	Firma (nazwa) Podwykonawcy
1.		
2.		

<sup>1</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.)

<sup>2</sup> 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, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis 'nie dotyczy'.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

3.8. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

Imię i nazwisko	tel.	email

3.9. Oświadczam/my, że jako Wykonawca jestem/śmy\*:

- a) mikroprzedsiębiorstwem\*
- b) małym przedsiębiorstwem\*
- c) średnim przedsiębiorstwem\*
- d) jednoosobową działalnością gospodarczą
- e) osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej
- f) inny rodzaj (w tym duże przedsiębiorstwo)

\*zaznaczyć właściwe

3.10. Numer rachunku na który, należy zwrócić wadium .....\*

**\*wypełnić, jeżeli dotyczy**

3.11. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zawarte są w pliku pod nazwą .....  
(wypełnić, jeżeli dotyczy).

**UWAGA:**

W przypadku złożenia oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne powyższą informację należy podać dla każdego z Wykonawców oddzielnie.

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.

**UWAGA:**

**Oferta winna zostać sporządzona, pod rygorem nieważności w formie elektronicznej.**



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

załącznik nr 3 do SWZ

**STANDARDOWY FORMULARZ  
JEDNOLITEGO EUROPEJSKIEGO DOKUMENTU ZAMÓWIENIA**

Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego

Numer ogłoszenia w DZ.U. 2023/S 099- 308783  
Informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (adres publikacyjny na poziomie krajowym), w przypadku, gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana: [.....]

**INFORMACJE NA TEMAT POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

Tożsamość zamawiającego	Odpowiedź:
Nazwa:	SP ZOZ w Myślenicach
Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?	Odpowiedź:
Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:	
Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, (jeżeli dotyczy):	17/PN/23

Część II: Informacje dotyczące wykonawcy

**A: INFORMACJE NA TEMAT WYKONAWCY**

Identyfikacja:	Odpowiedź:
Nazwa:	
Numer VAT, jeżeli dotyczy <sup>3</sup> : Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie <sup>4</sup> .	[.....] [.....]

3 W przypadku wykonawców posługujących się numerem VAT należy wpisać ten numer (Numer Identyfikacji Podatkowej poprzedzony symbolem PL).

4 W przypadku wykonawców nieposługujących się numerem VAT należy wpisać numer, którym wykonawca posługuje się w związku z prowadzoną działalnością: odpowiednio REGON, Numer Identyfikacji Podatkowej.

W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, które do celów podatkowych posługują się numerem ewidencyjnym Pesel, należy wpisać ten numer.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Adres pocztowy:	
Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów <sup>5</sup> : Telefon: Adres e-mail: Adres internetowy (adres www), (jeżeli dotyczy):	[.....] [.....] [.....] [.....]
Informacje ogólne:	Odpowiedź:
Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem <sup>6</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jedynie w przypadku, gdy zamówienie jest zastrzeżone <sup>7</sup> : czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym” <sup>8</sup> lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego? Jeżeli tak, jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  [.....]  [.....]
Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<sup>5</sup> Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne.

<sup>6</sup> Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003, str. 36):

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.

<sup>7</sup> Zob. Ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5.

<sup>8</sup> Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania) <sup>9</sup> ?	
<p>Jeżeli tak: Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI. Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:</p> <p>Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:</p> <p>Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie<sup>10</sup>:</p>	<p>[.....]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]</p> <p>[.....]</p>

9 Polscy wykonawcy w tej podsekcji zaznaczają opcję „nie dotyczy” i pozostawiają dalszą część podsekcji niewypełnioną.

10 Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

<p>Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji? Jeżeli nie: Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku. WYŁĄCZNIE, jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia: Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]</p>
Rodzaj uczestnictwa:	Odpowiedź:
Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami <sup>11</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia.	
<p>Jeżeli tak: Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział:</p>	<p>[.....] [.....] [.....]</p>
Części	Odpowiedź:
W stosownych przypadkach wskazanie części	[.....]

11 Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki joint venture lub podobnego podmiotu.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę.

**B: INFORMACJE NA TEMAT PRZEDSTAWICIELI WYKONAWCY**

W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia.

Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:	Odpowiedź:
Imię i nazwisko, wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane:	[.....] [.....]
Stanowisko/Działający(-a) jako:	[.....]
Adres pocztowy:	[.....]
Telefon:	[.....]
Adres e-mail:	[.....]
W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.):	[.....]

**C: INFORMACJE NA TEMAT POLEGANIA NA ZDOLNOŚCI INNYCH PODMIOTÓW**

Zależność od innych podmiotów:	Odpowiedź:
Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeżeli tak, należy przedstawić – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w części II sekcje A i B, w części III (podstawy wykluczenia) oraz w – zakresie, w jakim korzysta z zasobów podmiotu trzeciego - w części IV (kryteria kwalifikacji). Takie formularze powinny być wypełnione i podpisane przez te podmioty.

Powyższe dotyczy również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, należy dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V12.

**D: INFORMACJE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCÓW, NA KTÓRYCH ZDOLNOŚCI WYKONAWCA NIE POLEGA**

Podwykonawstwo:	Odpowiedź:
Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiegokolwiek części zamówienia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak i o ile jest to wiadome, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców: [...]

Jeżeli zamawiający żąda przedstawienia tych informacji oprócz informacji wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: PODSTAWY ZWIĄZANE Z WYROKAMI SKAZUJĄCYMI ZA PRZESTĘPSTWO**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:  
udział w organizacji przestępczej<sup>13</sup>;  
korupcja<sup>14</sup>;  
nadużycie finansowe<sup>15</sup>;  
przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną<sup>16</sup>;  
pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu<sup>17</sup>;

12 Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości należy uzupełnić część IV, sekcja C, pkt 3.

13 Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42).

14 Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s.1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy.

15 W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48).

16 Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz. U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

praca dzieci i inne formy handlu ludźmi<sup>18</sup>.

Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:	Odpowiedź:
Czy w stosunku do samego wykonawcy bądź jakiegokolwiek osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, wydany został prawomocny wyrok z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]19
Jeżeli tak, proszę podać <sup>20</sup> : datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; wskazać, kto został skazany [...]; w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:	data: [...], punkt(-y): [...], powód(-ody): [...] [.....] długość okresu wykluczenia [...] oraz punkt (-y), którego (-ych) to dotyczy. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]21

17 Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15).

18 Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1).

19 Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

20 Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

21 Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia <sup>22</sup> („samooczyszczenie”)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki <sup>23</sup> :	[.....]

**B: PODSTAWY ZWIĄZANE Z PŁATNOŚCIĄ PODATKÓW LUB SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE**

Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:	Odpowiedź:
Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

	Podatki	Składki na ubezpieczenia społeczne
--	---------	------------------------------------

<sup>22</sup> Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE.

<sup>23</sup> Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jedorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myslenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax**.  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Jeżeli nie, proszę wskazać: państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; jakiej kwoty to dotyczy? w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: w trybie decyzji sądowej lub administracyjnej: - Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca? - Proszę podać datę wyroku lub decyzji. - W przypadku wyroku, o ile została w nim bezpośrednio określona, długość okresu wykluczenia: w inny sposób? Proszę sprecyzować, w jaki: d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny?	[.....]  [.....]  c1) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - [.....] - [.....]  c2) [ ...] d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [.....]	[.....]  [.....]  c1) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - [.....] - [.....]  c2) [ ...] d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [.....]
--	--	--

Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) <sup>24</sup> : [.....][.....][.....]
--	---

C: PODSTAWY ZWIĄZANE Z NIEWYPŁACALNOŚCIĄ, KONFLIKTEM INTERESÓW  
LUB WYKROCZENIAMI ZAWODOWYMI<sup>25</sup>

Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia.

Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych	Odpowiedź:
Czy wykonawca, wedle własnej wiedzy, naruszył swoje obowiązki w dziedzinie prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy <sup>26</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w

<sup>24</sup> Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

<sup>25</sup> Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/UE.

<sup>26</sup> O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

	<p>celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji<sup>27</sup>: zbankrutował; lub prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne; lub zawarł układ z wierzycielami; lub znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych; lub jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub jego działalność gospodarcza jest zawieszona? Jeżeli tak: - Proszę podać szczegółowe informacje: - Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej<sup>28</sup>. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>- [.....]</p> <p>- [.....]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>Czy wykonawca jest winien poważnego wykroczenia zawodowego<sup>29</sup>? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....]</p>

<sup>27</sup> Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia.

<sup>28</sup> Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a) – f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie.

<sup>29</sup> W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosowny, ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

	<p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie [...] Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia<sup>30</sup>? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie [...]</p>
<p>Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą doradzał(-o) instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób zaangażowany(-e) w przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie [...]</p>
<p>Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została rozwiązana przed czasem, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie [...]</p>

<sup>30</sup> Wskazany w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

	Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samoocyszczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]
Czy wykonawca może potwierdzić, że: nie jest winny poważnego wprowadzenia w błąd przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;  nie zataił tych informacji;  jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz  nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

D: INNE PODSTAWY WYKLUCZENIA, KTÓRE MOGĄ BYĆ PRZEWIDZIANE W PRZEPISACH KRAJOWYCH PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ LUB PODMIOTU ZAMAWIAJĄCEGO

Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym	Odpowiedź:
---	------------



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Czy mają zastosowanie podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia? Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]31
W przypadku, gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  [.....]

#### Część IV: Kryteria kwalifikacji

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja α lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

α: OGÓLNE OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WSZYSTKICH KRYTERIÓW KWALIFIKACJI

Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji	Odpowiedź
Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

#### A: KOMPETENCJE

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku, gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Kompetencje	Odpowiedź
Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy32:  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	[...]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]

31 Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

32 Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

<p>W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:</p> <p>Czy konieczne jest posiadanie określonego zezwolenia lub bycie członkiem określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ ... ] <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
--	--

#### B: SYTUACJA EKONOMICZNA I FINANSOWA

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku, gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Sytuacja ekonomiczna i finansowa	Odpowiedź:
<p>1a) Jego („ogólny”) roczny obrót w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący: lub 1b) Jego średni roczny obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący<sup>33</sup>:</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta</p> <p>(liczba lat, średni obrót): [.....], [.....] [.....] waluta</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>2a) Jego roczny („specyficzny”) obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący: lub 2b) Jego średni roczny obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat</p>	<p>rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta</p> <p>(liczba lat, średni obrót): [.....], [.....] [.....] waluta</p>

<sup>33</sup> Jedynie, jeśli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący <sup>34</sup> : Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
3) W przypadku, gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:	[.....]
4) W odniesieniu do wskaźników finansowych <sup>35</sup> określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y <sup>36</sup> – oraz wartość): [.....], [.....] <sup>37</sup>  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
5) W ramach ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę: Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:	[.....] [.....] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
6) W odniesieniu do innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że  Jeżeli odnośna dokumentacja, która mogła zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	[.....]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]

#### C: ZDOLNOŚĆ TECHNICZNA I ZAWODOWA

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku, gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w

34 Jedynie, jeśli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.

35 Np. stosunek aktywów do zobowiązań.

36 Np. stosunek aktywów do zobowiązań.

37 Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax**.  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Zdolność techniczna i zawodowa	Odpowiedź:								
<p>1a) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na roboty budowlane: W okresie odniesienia<sup>38</sup> wykonawca wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju:</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): [.....] Roboty budowlane: [.....]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>								
<p>1b) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi W okresie odniesienia<sup>39</sup> wykonawca zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju: Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych<sup>40</sup>:</p>	<p>Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): [.....]</p> <table border="1"><thead><tr><th>Opis</th><th>Kwoty</th><th>Daty</th><th>Odbiorcy</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Opis	Kwoty	Daty	Odbiorcy				
Opis	Kwoty	Daty	Odbiorcy						
<p>2) Może skorzystać z usług następujących pracowników technicznych lub służb technicznych<sup>41</sup>, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości: W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub</p>	<p>[.....]</p> <p>[.....]</p>								

38 Instytucje zamawiające mogą wymagać, aby okres ten wynosił do pięciu lat i dopuszczać legitymowanie się doświadczeniem sprzed ponad pięciu lat.

39 Instytucje zamawiające mogą wymagać, aby okres ten wynosił do trzech lat, i dopuszczać legitymowanie się doświadczeniem sprzed ponad trzech lat.

40 Należy wymienić wszystkich odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług.

41 W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

służb technicznych o wykonanie robót:	
3) Korzysta z następujących urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości, a jego zaplecze naukowo-badawcze jest następujące:	[.....]
4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy zarządzania łańcuchem dostaw i śledzenia łańcucha dostaw:	[.....]
5) W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu: Czy wykonawca zezwoli na przeprowadzenie kontroli <sup>42</sup> swoich zdolności produkcyjnych lub zdolności technicznych, a w razie konieczności także dostępnych mu środków naukowych i badawczych, jak również środków kontroli jakości?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6) Następującym wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca: lub (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza:	[.....] [.....]
7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące środki zarządzania środowiskowego:	[.....]

<sup>42</sup> Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku, gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

8) Wielkość średniego rocznego zatrudnienia u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące	Rok, średnie roczne zatrudnienie: [.....], [.....] [.....], [.....] [.....], [.....] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [.....], [.....] [.....], [.....] [.....], [.....]
9) Będzie dysponował następującymi narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi na potrzeby realizacji zamówienia:	[.....]
10) Wykonawca zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom <sup>43</sup> następującą część (procentową) zamówienia:	[.....]
11) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawę: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności. Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
12) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawę: Czy wykonawca może przedstawić wymagane zaświadczenia sporządzone przez urzędowe instytuty lub agencje kontroli jakości o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia? Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  [.....]

<sup>43</sup> Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca postanowił zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia oraz polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C).



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
--	--

**D: SYSTEMY ZAPEWNIANIA JAKOŚCI I NORMY ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO**

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku, gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszenia.

Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego	Odpowiedź:
Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenia sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych norm zapewniania jakości, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych? Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  [.....] [.....]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenia sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych systemów lub norm zarządzania środowiskowego? Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemów lub norm zarządzania środowiskowego mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  [.....] [.....]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]

**Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów**

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku, gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić,



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu. Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego.

Wykonawca oświadcza, że:

Ograniczanie liczby kandydatów	Odpowiedź:
<p>W następujący sposób spełnia obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów:</p> <p>W przypadku, gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla każdego z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty:</p> <p>Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej<sup>44</sup>, proszę wskazać dla każdego z nich:</p>	<p>[.....]</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie<sup>45</sup></p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]<sup>46</sup></p>

Część VI: Oświadczenia końcowe

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że nie jestem(śmy) wykonawcą, wobec którego orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których: instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim<sup>47</sup>, lub

najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.<sup>48</sup>, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację.

<sup>44</sup> Proszę jasno wskazać, do której pozycji odnosi się odpowiedź.

<sup>45</sup> Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

<sup>46</sup> Należy powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

<sup>47</sup> Pod warunkiem, że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu wykonać tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu.

<sup>48</sup> W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [SP ZOZ w Myślenicach] uzyskać(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w treści niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby postępowania 17/PN/23.

Data [.....], miejscowość [.....], podpis(-y): [.....]



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

Załącznik nr 4 do SWZ

### **Projektowane postanowienia umowy (wzór)**

zawarta w Myślenicach w dniu ..... r. pomiędzy:  
Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Myślenicach,  
32–400 Myślenice, ul. Szpitalna 2; numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego:  
000000005588; KRS: 0000008625, NIP: 681-16-90-668, reprezentowanym przez:

Dyrektora - Adama Stycznia  
zwanym w dalszej części umowy Zamawiającym

a

..... (NIP: ....., REGON: ....., KRS: .....,), reprezentowanym przez:

.....

zwanym w dalszej części umowy Wykonawcą którego reprezentuje:

.....

W rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru Wykonawcy w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.) nr postępowania **17/PN/23**, została zawarta umowa o następującej treści:

#### **§ 1.**

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje obowiązki w zakresie kompleksowego, specjalistycznego sprzątnia i utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych, administracyjnych i gospodarczych wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych SPZOZ w Myślenicach, jak też wykonywanie transportu wewnętrznego i czynności pomocniczych przy pacjencie na zlecenie personelu medycznego.
2. Wykaz pomieszczeń i szczegółowy zakres wykonywanych prac stanowią załącznik nr 1 do umowy.
3. Zamawiający wymaga od Wykonawcy lub Podwykonawcy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę (stosunek pracy w rozumieniu art. 22 § 1 Kodeksu pracy) osób wykonujących czynności sprzątnia i utrzymania czystości w obiektach SPZOZ oraz wykonywanie transportu medycznego i czynności pomocniczych przy pacjencie wyszczególnionych w załączniku nr 1 do umowy w ilości nie mniejszej niż 78,2 etatu.
4. Wykonawca w dniu zawarcia umowy przedstawi Zamawiającemu wykaz osób wyznaczonych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia oraz w terminie do 7 dni od dnia zawarcia umowy dostarczy kserokopie umów o pracę poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy. Dokumenty powinny zawierać m.in. imię i nazwisko pracownika, datę zawarcia umowy, rodzaj umowy o pracę, wymiar etatu.
5. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontroli zatrudnienia osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia. Kontrola może być przeprowadzona bez wcześniejszego uprzedzenia Wykonawcy. Wykonawca może dokonać zmiany osób wyznaczonych do realizacji zamówienia. W przypadku zmiany osób realizujących



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- zamówienie, Wykonawca zobowiązuje się do przekazania Zamawiającemu w terminie 2 dni od daty zaistnienia zmiany kopii umów o pracę zawartych z tymi osobami poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.
6. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania usługi w całym jej okresie, pod rygorem uznania zamówienia za realizowane nienależycie, sankcjonowanego zapłatą kary umownej, zgodnie z posiadanymi certyfikatami, za które otrzymał dodatkowe punkty w kryterium oceny ofert.
  7. Wykonawca zobowiązany jest do zatrudniania na podstawie umowy o pracę osób wykonujących czynności polegające na wykonywaniu pracy w rozumieniu art. 22 § 1 Kodeksu pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510, z póź. zm.). Zamawiający nie ingeruje w rodzaj umowy o pracę lub określony w niej wymiar czasu pracy, jednak wymiar czasu pracy musi być zgodny z faktycznym zakresem wykonywania przez osobę zatrudnioną czynności przy realizacji przedmiotowej Umowy.
  8. Wykonawca oświadcza, że osoby realizujące czynności w ramach przedmiotu umowy są zatrudnione na umowę o pracę przez cały okres wykonywania zamówienia w rozumieniu art. 22 § 1 Kodeksu pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510, z póź. zm.).
  9. W przypadku konieczności zmiany – w okresie trwania umowy – osób wykonujących czynności w ramach przedmiotu umowy, Wykonawca zobowiązany jest do przekazania Zamawiającemu nowego wykazu osób zatrudnionych. Obowiązek ten Wykonawca zrealizuje w terminie 3 dni od dokonania przedmiotowej zmiany.
  10. Zamawiający jest uprawniony do kontroli spełnienia przez Wykonawcę wymagań, o których mowa w ust. 8 powyżej poprzez skierowanie pisemnego żądania przedstawienia przez Wykonawcę oświadczenia Wykonawcy lub podwykonawcy o zatrudnieniu pracownika na podstawie umowy o pracę, zawierających informacje, w tym dane osobowe, niezbędne do weryfikacji zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, w szczególności imię i nazwisko zatrudnionego pracownika, datę zawarcia umowy o pracę, rodzaj umowy o pracę i zakres obowiązków pracownika.
  11. W przypadku, gdy Wykonawca nie dochowa terminu określonego w § 1 ust. 9 niniejszej umowy Zamawiający obciąża Wykonawcę karami umownymi za każdy dzień zwłoki w wysokości 500,00 zł. brutto.
  12. W przypadku niespełnienia wymagań, o których mowa w ust. 3 powyżej, Zamawiający jest uprawniony do odstąpienia od umowy z winy Wykonawcy.

## § 2

1. Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto na dzień zawarcia umowy wyraża się kwotą ..... zł brutto (słownie: ..... złotych ) zgodnie z treścią złożonej oferty, stanowiącej załącznik nr ..... do umowy.
2. Wynagrodzenie określone w ust. 1 powyżej może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu w drodze pisemnego aneksu, w przypadku zmiany zakresu świadczenia Wykonawcy - w szczególności uruchomienia nowych komórek szpitala, czasowego wyłączenia z umowy komórek użytkowanych lub reorganizacji komórek organizacyjnych szpitala, a także w przypadku konieczności zmiany terminu wykonania umowy lub jej części, czasowego zawieszenia wykonywania umowy lub jej części, bądź zmiany sposobu wykonania





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax**.  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

zamówienia, wynikających z przyczyn obiektywnych, niezależnych od stron umowy, takich jak np. stany zagrożenia epidemicznego, epidemia lub pandemia.

3. Wynagrodzenie określone w ust. 1 powyżej może ponadto ulec zmianie w drodze pisemnego aneksu na pisemny wniosek Wykonawcy lub Zamawiającego złożony w terminie do 60 dni od zaistnienia zmiany - w przypadku następujących zmian:
  - a. stawki podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego - wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o kwotę odpowiadającą wzrostowi lub obniżeniu stawki podatku VAT,
  - b. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę – wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o kwotę odpowiadającą wzrostowi kosztu Wykonawcy w związku ze zwiększeniem wysokości wynagrodzeń pracowników wykonujących przedmiot umowy do wysokości aktualnie obowiązującego minimalnego wynagrodzenia za pracę, z uwzględnieniem wszystkich obciążeń publicznoprawnych od kwoty wzrostu minimalnego wynagrodzenia jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę. Kwota odpowiadająca wzrostowi kosztu Wykonawcy będzie odnosić się wyłącznie do części wynagrodzenia pracowników wykonujących przedmiot umowy, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiadającej zakresowi, w jakim wykonują oni prace bezpośrednio związane z realizacją umowy,
  - c. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o kwotę odpowiadającą zmianie kosztu Wykonawcy ponoszonego w związku z wypłatą wynagrodzenia pracownikom wykonujących przedmiot umowy, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę. Kwota odpowiadająca zmianie kosztu Wykonawcy będzie odnosić się wyłącznie do części wynagrodzenia pracowników wykonujących przedmiot umowy, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiadającej zakresowi, w jakim wykonują oni prace bezpośrednio związane z realizacją przedmiotu umowy,
  - d. zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych - wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o kwotę odpowiadającą zmianie kosztu Wykonawcy ponoszonego w związku z dokonywaniem wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę. Kwota odpowiadająca zmianie kosztu Wykonawcy będzie odnosić się wyłącznie do części wynagrodzenia pracowników wykonujących przedmiot umowy, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiadającej zakresowi, w jakim wykonują oni prace bezpośrednio związane z realizacją przedmiotu umowy, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę.
4. Za wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 3 lit. a powyżej wprowadzenie zmian wysokości wynagrodzenia wymaga uprzedniego złożenia przez Wykonawcę oświadczenia o wysokości dodatkowych kosztów wynikających z wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 3 lit. b, c i d powyżej.
5. Zamawiający przewiduje zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy w przypadku zmiany ceny materiałów lub kosztów związanych z realizacją umowy. Przez



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax**.  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

zmianę ceny materiałów lub kosztów rozumie się wzrost odpowiednio cen lub kosztów, jak i ich obniżenie, względem ceny lub kosztu przyjętych w celu ustalenia wynagrodzenia Wykonawcy zawartego w ofercie.

6. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 5. Zamawiający przewiduje:
  - 1) poziom zmiany ceny materiałów lub kosztów, który uprawnia Strony Umowy do żądania zmiany wynagrodzenia wynoszący 10 % w stosunku do wartości wynagrodzenia określonego w ofercie Wykonawcy,
  - 2) początkowy termin ustalenia zmiany wynagrodzenia – nie wcześniej niż po upływie 7 miesięcy od dnia zawarcia umowy,
7. Sposób ustalania zmiany wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 5. nastąpi na podstawie wykazu rodzajów materiałów lub kosztów związanych z realizacją umowy, sporządzonego przez stronę, przy czym wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o wartość połowy wzrostu całkowitego kosztu Wykonawcy wynikającego ze zwiększenia na dzień złożenia wniosku w odniesieniu do ceny lub kosztu przyjętych w celu ustalenia wynagrodzenia wykonawcy zawartego w ofercie.
8. Wniosek o dokonanie zmiany składa się wraz z uzasadnieniem wskazującym wpływ zmiany na koszty wykonania umowy oraz przedstawiającym wyliczenia tejże zmiany wraz z aktualną kalkulacją cenową, w formie pisemnej pod rygorem bezskuteczności. Wykonawca winien udostępnić do wglądu drugiej stronie, w formie kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę dokumenty źródłowe w zakresie niezbędnym do oceny zasadności zmiany umowy. Badanie wyżej wymienionych dokumentów źródłowych nie może trwać dłużej niż dwadzieścia jeden dni liczonych od dnia otrzymania księgowych dokumentów źródłowych przez Stronę. W przypadku braku złożenia przez Stronę dokumentów źródłowych lub niekompletnego złożenia dokumentów, żądanie Wykonawcy odnośnie podwyższenia wynagrodzenia uważa się za bezskuteczne, zaś brak złożenia dokumentów, lub ich niekompletne złożenie w terminie 14 dni od zażądania przez Zamawiającego ich udostępnienia przez Wykonawcę uważa się za zasadne w odniesieniu do żądania obniżenia wynagrodzenia Wykonawcy zgodnie ze złożonym przez Zamawiającego wnioskiem.
9. Łączna, maksymalna wartość zmian wynagrodzenia, nie może przekroczyć 10% wysokości całkowitego wynagrodzenia brutto określonego w § 2 ust. 1 umowy.
10. Postanowień umownych w zakresie waloryzacji nie stosuje się od chwili osiągnięcia limitu, o którym mowa w ust. 9.
11. Brak będzie podstaw do zmiany wynagrodzenia wyłącznie z uwagi na zmianę cen materiałów lub kosztów, jeśli Strona żądająca takiej zmiany nie wykaże, że zmiana cen materiałów lub kosztów wpływa na koszt wykonania przedmiotu umowy. Zmiana wynagrodzenia obejmuje wyłącznie część umowy niezrealizowaną na dzień złożenia wniosku.
12. Kolejne waloryzacje dokonywane będą nie częściej niż co 7 miesięcy, na zasadach określonych w ustępach poprzedzających, z tym, że porównanie zmiany cen i kosztów dokonywane jest za okres między dniem złożenia wniosku o poprzednią waloryzację, do dnia złożenia kolejnego wniosku o zmianę wynagrodzenia. W przypadku kolejnej zmiany, Zamawiający przewiduje poziom zmiany ceny materiałów lub kosztów, który uprawnia Strony Umowy do żądania kolejnej zmiany wynagrodzenia wynoszący 15% na dzień złożenia kolejnego wniosku w stosunku do wartości wynagrodzenia Wykonawcy określonego na podstawie poprzednio dokonanej waloryzacji, z zastrzeżeniem ust.9.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

13. Zmiana wynagrodzenia, pod rygorem nieważności, przyjmuje formę pisemnego aneksu z mocą obowiązywania od następnego miesiąca po złożeniu wniosku, w którym Strony określą co najmniej:
  - 1) okres, za który dokonują waloryzacji;
  - 2) wartość wynagrodzenia podlegającego waloryzacji;
  - 3) wysokość wynagrodzenia przed i po waloryzacji;
  - 4) łączną wartość zmiany wynagrodzenia w wyniku waloryzacji.
14. Wykonawca, którego wynagrodzenie umowne zostało zmienione zgodnie z postanowienia niniejszego paragrafu, zobowiązany jest do zmiany wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy, z którym zawarł umowę, w zakresie odpowiadającym zmianom wynikającym z waloryzacji, jeżeli łącznie spełnione są następujące warunki:
  1. przedmiotem umowy są roboty budowlane, dostawy lub usługi;
  2. okres obowiązywania umowy przekracza sześć (6) miesięcy.
15. W przypadku nieosiągnięcia porozumienia w zakresie zmiany wynagrodzenia na zasadach opisanych w niniejszym paragrafie, uprawnia się Strony do rozwiązania umowy z zachowaniem umownego okresu wypowiedzenia.

### § 3.

Wykonawca będzie realizował przedmiot umowy w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy, przy czym za datę rozpoczęcia realizacji przedmiotu umowy uważa się datę ..... r.

### § 4.

1. Wykonawca zobowiązany jest do:
  - a. Wykonywania usługi określonej w § 1 w sposób rzetelny i terminowy, nie kolidujący z porządkiem dnia w Szpitalu, zgodnie z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 1 do umowy.
  - b. Wykonywania usługi zgodnie z normami sanitarno – epidemiologicznymi i zastosowaniem środków dopuszczonych do stosowania w placówkach służby zdrowia.
2. Wykonawca zobowiązuje się do:
  - a. Przestrzegania ogólnie obowiązujących przepisów i zasad w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska, jakich dotyczy zakres świadczonych usług.
  - b. Zapoznania swoich pracowników realizujących prace na terenie Szpitala z treścią obowiązujących procedur nie później niż przed ich rozpoczęciem.
3. Zamawiający zobowiązuje się do udostępnienia Wykonawcy pomieszczeń, niezbędnych do prawidłowego wykonania usługi na podstawie odrębnej umowy najmu.

### § 5

1. Wynagrodzenie za przedmiot umowy zostanie zapłacone przez Zamawiającego na podstawie faktury VAT, wystawionej przez Wykonawcę
2. Wynagrodzenie za przedmiot umowy będzie przekazane na konto Wykonawcy wskazane na fakturze.
3. Zapłata wynagrodzenia za przedmiot umowy nastąpi w terminie do 60 dni od złożenia prawidłowo wystawionej faktury u Zamawiającego.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

### **§ 6.**

Wykonawca oświadcza, że posiada wszelkie dokumenty i zezwolenia oraz uprawnienia do wykonania usługi określonej w § 1.

### **§ 7.**

1. Wykonawca ustanawia p. .... jako osobę odpowiedzialną za realizację przedmiotu umowy.
2. Za wszelkie szkody powstałe w wyniku niewłaściwego wykonania usługi (uszkodzenie sprzętu medycznego, mebli, komputera itp.) pełną odpowiedzialność materialną ponosi Wykonawca.

### **§ 8.**

Wykonawca zobowiązuje się w przypadkach losowych, do zapewnienia Zamawiającemu firmy zastępczej, świadczącej usługi objęte niniejszą umową na zasadach niniejszej umowy.

### **§ 9.**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo decydowania o stosowanych środkach myjących i dezynfekujących, w przypadkach nieskuteczności lub niekorzystnego oddziaływania ubocznego na ludzi, powierzchnie lub sprzęt Zamawiającego.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do bieżącej kontroli właściwego wykonania usługi przez wyznaczonego pracownika nadzoru bez udziału Wykonawcy.

### **§ 10.**

1. Wykonawca wnosi zabezpieczenie należytego wykonania umowy w wysokości 3 % ceny umowy, określonej w § 2 ust.1 tj. kwotą .....zł (słownie: .....złoty)
2. Zabezpieczenie należytego wykonania umowy zostanie zwrócone Wykonawcy w terminach i na zasadach określonych w art. 453 Prawa Zamówień Publicznych.
3. Jeżeli część zabezpieczenia zostanie wykorzystana na pokrycie kosztów związanych z usuwaniem wad ujawnionych w okresie realizacji przedmiotu zamówienia, to zwrotowi podlega pozostała po potrąceniu część zabezpieczenia.

### **§ 11.**

Wykonawca płaci Zamawiającemu następujące kary umowne:

1. Za odstąpienie od umowy przez każdą ze stron, z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi Wykonawca - w wysokości 10% ceny brutto umowy.
2. Za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w realizacji przedmiotu umowy określony w § 3 umowy- w wysokości 0,1% ceny brutto umowy, jednak nie więcej niż 10% wartości ceny brutto umowy.
3. Za nienależyte wykonanie usługi, stwierdzone i udokumentowane w sposób określony w załączniku nr 1a do umowy - w zależności od rodzaju usługi oraz rodzaju stwierdzonych uchybień zgodnie z protokołem kontroli. w wysokości:



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 3.1 za stwierdzone w wyniku kontroli uchybienia w zakresie realizowanej usługi kompleksowego sprzątnięcia i realizacji innych czynności objętych niniejszą umową – 50,00zł za każde uchybienie.
- 3.2 z tytułu braku zapłaty lub nieterminowej zapłaty wynagrodzenia należnego podwykonawcom lub dalszym podwykonawcom, w wysokości 0,2% wynagrodzenia brutto podwykonawcy lub dalszego podwykonawcy, za każdy dzień zwłoki, nie więcej jednak niż 10% tego wynagrodzenia.
4. Łączna maksymalna wysokość kar umownych nie może przekraczać 20 % ceny brutto umowy.
5. W przypadku gdy wysokość szkody poniesionej przez Zamawiającego jest większa od kary umownej, a także w przypadku, gdy szkoda powstała z przyczyn, dla których nie zastrzeżono kary umownej, Zamawiający jest uprawniony do żądania odszkodowania na zasadach ogólnych, wynikających z przepisów Kodeksu cywilnego – niezależnie od tego, czy realizuje uprawnienia do otrzymania kary umownej. W przypadku, gdy wysokość poniesionej szkody jest większa od kary umownej, Zamawiający może żądać odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej.
6. Za przekroczenie terminu płatności określonego §5 ust. 3 umowy za zrealizowany przedmiot umowy Wykonawca może naliczyć odsetki za opóźnienie w ustawowej wysokości.

#### **§ 12.**

1. Zmiana treści umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niedopuszczalne są istotne zmiany postanowień Umowy o których mowa w art. 454 Ustawy.
3. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia o Umowy, jeżeli zaistnieje istotna zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, lub dalsze wykonywanie Umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu – odstąpienie od Umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach, co wynika z art. 456 ust. 1 pkt 1 Ustawy Pzp.
4. Zamawiający może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach określonych w art. 456 ust. 1 pkt 2 Ustawy Pzp. W tym przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części Umowy.
5. Zamawiający może także odstąpić od umowy, gdy Wykonawca nie przedstawił w terminie 7 dni od wezwania ważnej polisy OC oraz gdy został wpisany na listę osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki określone w ustawie z dnia 13 kwietnia 2022 r (Dz. U. z 2022 r. poz. 835) o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, a także w przypadku spełnienia przez Wykonawcę którejkolwiek z pozostałych przesłanek, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1) - 3) powołanej ustawy.
6. Zamawiający zastrzega, że wierzytelności wynikające z umowy nie będą przekazywane osobie trzeciej bez jego zgody.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

7. Zamawiający może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia z powodu nienależytego lub niewłaściwego jej wykonania przez Wykonawcę, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

### § 13.

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody osobiste i majątkowe wyrządzone osobom trzecim i Zamawiającemu z tytułu nienależytej realizacji niniejszej umowy, w tym za szkody powstałe na skutek poślizgnięcia na mokrej powierzchni podłogi, posadzki, schodach, na nawierzchni oblodzonej/ośnieżonej, w tym na schodach i innym terenie będącym przedmiotem umowy i innych które mogą powstać w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w poufności wszelkich dotyczących Zamawiającego danych i informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, bez względu na sposób i formę ich przekazania.
3. Obowiązkowi zachowania poufności nie stosuje się do danych i informacji:
  - 1) dostępnych publicznie,
  - 2) otrzymanych przez Wykonawcę, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, od osoby trzeciej bez obowiązku zachowania poufności,
  - 3) które w momencie ich przekazania przez Zamawiającego były już znane Wykonawcy bez obowiązku zachowania poufności,
  - 4) w stosunku do których Wykonawca uzyskał pisemną zgodę Zamawiającego na ich ujawnienie.
4. Wykonawca oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy, a w szczególności przedmiot umowy i wysokość wynagrodzenia, stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902 t.j.), która podlega udostępnieniu, z zastrzeżeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.
5. Wykonawca wyraża zgodę na udostępnienie w trybie ustawy, o której mowa w ust. 4, zawartych w niniejszej umowie danych go dotyczących, w zakresie obejmującym imiona i nazwiska osób realizujących przedmiot zamówienia.
7. Wykonawca oświadcza, że nie podlega wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz. 835) i art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie oraz że zobowiązuje się do powiadomienia Zamawiającego niezwłocznie, najpóźniej w terminie 3 dni roboczych, o zaistnieniu w stosunku do niego okoliczności, o których mowa w powołanym przepisie, pod rygorem naliczenia przez Zamawiającego kary umownej w wysokości 10% ceny przedmiotu umowy, o której mowa w §2 ust.1 Umowy.

### § 14 (o ile dotyczy)

1. Wykonawca oświadcza, iż przedmiot zamówienia wykonywać będzie przy pomocy podwykonawców, zgodnie z zakresem rzeczowym wyszczególnionym w ofercie do umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do pisemnego zgłoszenia Zamawiającemu podwykonawców,



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

którzy na rzecz Wykonawcy świadczyć będą usługi/prace związane z realizacją przedmiotu umowy oraz podania firm podwykonawców.

3. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania we własnym zakresie zapłaty wynagrodzenia należnego podwykonawcy z zachowaniem terminu płatności określonego w umowie z podwykonawcą, jednak nie dłuższym niż 30 dni.
4. Wykonawca ponosi wobec Zamawiającego i osób trzecich pełną odpowiedzialność za prace, które wykonuje przy pomocy podwykonawców.
5. Wykonawca zobowiązuje się zwolnić Zamawiającego z wszelkich roszczeń jakie mogą być podnoszone przez podwykonawców względem Zamawiającego w związku z niniejszą umową i naprawi wszelkie szkody, jakie Zamawiający poniósł lub może ponieść z tego tytułu.
6. Wykonawca, w szczególności, pokryje wszelkie wydatki i koszty poniesione przez Zamawiającego w związku z ochroną przed takimi roszczeniami lub w związku z ich zaspokojeniem - bez względu na ich wysokość.

#### **§ 15.**

Zamawiający dopuszcza możliwość odpłatnego wynajmu pomieszczeń. Warunki najmu określa odrębna umowa najmu. Stawki w niej zawarte nie podlegają negocjacom, podlegają waloryzacji rocznej o stosowne wskaźniki ogłoszone przez GUS, na koniec stycznia danego roku.

#### **§ 16.**

1. Wykonawca nie może przenieść wierzytelności na osobę trzecią bez zgody Podmiotu tworzącego Zamawiającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wyklucza się stosowanie przez strony umowy konstrukcji prawnej, o której mowa w art. 518KC (w szczególności Wykonawca nie może zawrzeć umowy poręczenia z podmiotem trzecim) oraz wszelkich innych konstrukcji prawnych skutkujących zmianą podmiotową po stronie wierzyciela.
3. Naruszenie zakazu określonego w ust. 2, skutkować będzie dla Wykonawcy obowiązkiem zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 20% wartości brutto, o której mowa w §1ust. 3 umowy.

#### **§ 17.**

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Prawa zamówień publicznych, innych obowiązujących w zakresie przedmiotu niniejszej umowy aktów prawnych, specyfikacji warunków zamówienia oferty przetargowej.
2. Wykonawca oświadcza, że osoby reprezentujące Wykonawcę, pracownicy, współpracownicy oraz inne osoby, których dane osobowe zostały lub zostaną przekazane Zamawiającemu w celu zawarcia, realizacji i monitorowania wykonywania Umowy, zostały lub zostaną poinformowane przez Wykonawcę, że Zamawiający jest administratorem ich danych osobowych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE, zwanego „RODO”, oraz że zapoznali lub zapoznają się z informacją o zasadach ich przetwarzania przez Zamawiającego.
3. Oddzielnie zostanie zawarta umowa powierzenia.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

**§ 18.**

1. Wszelkie spory wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą na zasadach wzajemnych negocjacji przez wyznaczonych pełnomocników.
2. Jeżeli strony umowy nie osiągną kompromisu wówczas sporne sprawy kierowane będą do Sądu właściwego dla siedziby Zamawiającego.

**§ 19.**

Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Zamawiającego, jeden dla Wykonawcy.

**ZAMAWIAJĄCY:**

**WYKONAWCA :**





SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

## UMOWA NAJMU wzór

zawarta w dniu ..... r. w Myślenicach pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Myślenicach ul. Szpitalna 2, 32-400 Myślenice, numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego: 000000005588; KRS: 0000008625, NIP: 681-16-90-668; REGON: 000300570

reprezentowanym przez:

Dyrektora- Adama Stycznia

zwanym dalej **Wynajmującym**

a

..... NIP: .....REGON: ....., KRS: .

.....

zwanym dalej **Najemcą**

o następującej treści ;

### §1

1. Wynajmujący oświadcza, że na podstawie Aktu Notarialnego Repertorium A nr 1470/2001 z dnia 26 marca 2001 roku z póź. zm., przysługuje mu prawo nieodpłatnego użytkowania budynków – nieruchomości położonej w obrębie 3 działka 1106/16 jedn. ewidencyjna Myślenice składającej się m. in. z budynku głównego szpitala oraz budynku technicznego, którego właścicielem jest Powiat Myślenicki.
2. Zgodnie z wyrażoną zgodą Zarządu Powiatu Myślenickiego, Wynajmujący mocą niniejszej umowy oddaje, a Najemca bierze w najem lokale użytkowe o łącznej powierzchni **57,20m<sup>2</sup>** położone w budynkach opisanych w pkt 1.
3. Wynajęte pomieszczenia wykorzystane będą przez Najemcę na cele socjalne, biurowe oraz magazynowe w zakresie usług, o których mowa w umowie z dnia ..... r. nr .....
4. Przekazanie lokalu użytkowego nastąpi na podstawie protokołu zdawczo - odbiorczego stanowiącego załącznik do niniejszej umowy.

### §2

1. Najemca płacić będzie Wynajmującemu czynsz najmu w wysokości: 66,13 zł netto za każdy 1m<sup>2</sup> tj. ogółem zł netto: 3782,64 zł (słownie: trzy tysiące siedemset osiemdziesiąt dwa złote 64/100) miesięcznie + 23 %VAT, tj. 4 652,64 zł (słownie: cztery tysiące sześćset pięćdziesiąt dwa złote 64/100 .
2. Oprócz czynszu najmu Najemca ponosi wszelkie opłaty związane z eksploatacją lokalu, a przede wszystkim obciążają go:
  - a/ centralne ogrzewanie
  - b/ ciepła woda /podgrzanie/
  - c/ zimna woda
  - d/ kanalizacja (ścieki)
  - e/ energia elektryczna
  - f/ wywóz nieczystości
  - g/ telefon – opłata wg impulsu po obowiązujących Wynajmującego stawkach.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax**.  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

3. Wysokość opłat określonych w ust. 2 lit. a-f wynosi: 86,40 zł netto /m<sup>2</sup> (słownie: osiemdziesiąt sześć złotych 40/100), tj. ogółem 4 944,94 zł netto (słownie: cztery tysiące dziewięćset czterdzieści cztery złote 94 /100) miesięcznie +23% VAT tj. 6082,28 zł brutto miesięcznie (słownie: sześć tysięcy osiemdziesiąt dwa złote 28/100).
4. Ustalony czynsz i opłaty Najemca będzie płacił miesięcznie na podstawie wystawionej faktury w terminie do 14 dni od daty wystawienia przelewem na konto **72 1240 5051 1111 0000 5237 6317** z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności którejkolwiek z faktur, z tym, że w razie zwłoki w płatności 2-ch kolejnych faktur umowa może zostać rozwiązana przez Wynajmującego ze skutkiem natychmiastowym. Za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu na konto bankowe Wynajmującego.
5. Ustalony czynsz oraz koszty eksploatacyjne podlegają waloryzacji każdego roku o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ustalony przez Prezesa GUS za rok ubiegły. Zmiana czynszu i kosztów eksploatacyjnych w powyższym trybie nie stanowi zmiany umowy i następuje na podstawie pisemnego powiadomienia począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym ogłoszono wskaźnik.

### §3

Najemca zobowiązany jest w czasie trwania umowy najmu i na własny koszt do:

- a/ dokonywania bieżących remontów lokalu niezbędnych do utrzymania ich w dobrym stanie technicznym
- b/ usuwania wszelkich szkód powstałych z jego winy.
- c/ utrzymania lokalu i jego otoczenia, w tym powierzchni wspólnego użytkowania, w należytym stanie sanitarno - porządkowym.
- d/ przestrzegania i odpowiedzialności w zakresie przepisów BHP. p. poż., sanitarnych.

### §4

Najemca zobowiązany jest do przestrzegania zasad reżimu sanitarnego obowiązującego u Wynajmującego.

### §5

1. Bez zgody Wynajmującego, Najemca nie może dokonać remontów, modernizacji i innych zmian w wynajmowanych pomieszczeniach.
2. W czasie trwania najmu Najemcę obciążają drobne remonty wynikające ogólnie obowiązujących przepisów Prawa Cywilnego.

### §6

Bez pisemnej zgody Wynajmującego, Najemca nie może przedmiotowi najmu oddawać osobie trzeciej oraz go podnajmować.

### §7

Wynajmujący jest uprawniony do dokonywania kontroli w lokalu w celu sprawdzenia czy Najemca w sposób należyty i prawidłowy wywiązuje się z warunków umowy wraz z aneksami.

### §8

1. Po zakończeniu umowy najmu Najemca winien zwrócić przedmiot najmu w stanie nie pogorszonym w stosunku do stanu określonego w protokole zdawczo - odbiorczym sporządzonym przy zawarciu umowy z uwzględnieniem normalnego zużycia.
2. Rozliczenie stron związane z rozwiązaniem umowy następuje protokolarnie w terminie do 30 dni od daty zakończenia lub rozwiązania umowy.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

### **§9**

Wynajmujący nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody w mieniu Najemcy wniesionym do przedmiotu najmu, powstałe na skutek zdarzeń losowych i innych niezależnych od Wynajmującego.

### **§10**

Strony zgodnie ustalają, iż w razie ulepszenia przedmiotu najmu Najemca może według swego wyboru zabrać ulepszenia albo pozostawić je nieodpłatnie Wynajmującemu.

### **§11**

Najemca ma obowiązek pozostawiać opuszczone wynajmowane pomieszczenia w stanie zapewniającym bezpieczeństwo obiektu i osób w tym budynku przebywających, w szczególności powinny być zamknięte okna, drzwi /na klucz/, wyłączone lampy oraz urządzenia elektryczne wymagające dozoru, a także zakrecony dopływ wody.

### **§12**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

### **§13**

Wszelkie ewentualne spory rozpoznawane będą przez Sąd właściwy miejscowo dla Wynajmującego.

### **§14**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności w postaci aneksu.

### **§15**

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony 2 lat z terminem obowiązywania od dnia ..... do dnia ..... r., jednak nie dłużej niż do dnia obowiązywania umowy nr ..... z dnia .....
2. Umowa może zostać rozwiązana w każdym terminie na podstawie porozumienia stron.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez Wynajmującego bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli Najemca:
  - a/ wykorzystuje lokal niezgodnie z jego przeznaczeniem określonym w umowie
  - b/ podnajął (oddał do bezpłatnego używania) lokal, lub jego część bez zgody Wynajmującego
  - c/ bez zgody Wynajmującego zmienił przeznaczenie lokalu lub jego części, albo zaprzestał w nim działalność.
  - d/ utrudnia korzystanie z innych lokali o ile Wynajmujący, przynajmniej jeden raz, upomniał Najemcę z powodów wymienionych powyżej.
  - e/ nie przyjął do stosowania: zwaloryzowanych stawek czynszowych i opłat - zwaloryzowanych w sposób określony w §2 pkt 5 umowy.

### **§16**

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, przy czym 1 egzemplarz otrzymuje Najemca i 1 egzemplarz Wynajmujący.

**Najemca:**

**Wynajmujący :**



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

załącznik nr 5 do SWZ

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczące przepisów sankcyjnych związanych z wojną na Ukrainie**

Ja/My niżej podpisany/i

1. ....

2. ....

działając w imieniu i na rzecz



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

.....  
.....  
*/nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/ lub nazwa (firma) dokładny adres członka konsorcjum/  
lub imię i nazwisko współnika spółki cywilnej/*

- I. W związku z art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) NR 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie **OŚWIADCZAM, że:**
- a) **jestem\* / nie jestem\*** obywatelem rosyjskim lub osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji,
  - b) **jestem\* / nie jestem\*** osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a),
  - c) **jestem\* / nie jestem\*** osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b);

oraz że żaden z moich/naszych podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polegamy/y w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia, nie należy do żadnej z powyższych kategorii podmiotów

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga:**

**Oświadczenie winno zostać sporządzone w formie elektronicznej.**

**Załącznik nr 6**

**Wzór**

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr 17/PN/23 oświadczam, co następuje.**

**Oświadczam/oświadczamy\*, że informacje zawarte w oświadczeniu JEDZ, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, w zakresie:**

- 1) art. 108 ust. 1 pkt 3 Ustawy Pzp,



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH  
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

- 2) art. 108 ust.1 pkt 4 Ustawy Pzp, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
- 3) art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy Pzp, dotyczących zawarcia z innymi Wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
- 4) art. 108 ust. 1 pkt 6 Ustawy Pzp

**są nadal aktualne.**

**OŚWIADCZENIE O AKTUALNOŚCI ORAZ OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE ART. 108 UST. 1 PKT 5 PZP O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**1. Oświadczam, że oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia złożone wraz z ofertą zachowuje aktualność.**

**2. Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej<sup>49</sup>**

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję nie przynależy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 275 z późn. zm.) z innym wykonawcą, który złożył ofertę lub ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu\*

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję przynależy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 275 z późn. zm.) wraz z wykonawcą, który złożył ofertę lub ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu tj. (podać nazwę i adres)\*:

---

*Dokument musi zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

---

<sup>49</sup> Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat. Wraz ze złożeniem oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej Wykonawca przedkłada dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty lub oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.**  
27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68, **REGON:** 000300570

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: [dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)