



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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

postępowania w trybie przetargu nieograniczonego o wartości szacunkowej powyżej progów
ustalonych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień
publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.)

Dostawa produktów leczniczych

Znak sprawy: 51/PN/20



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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach
32-400 Myślenice
ul. Szpitalna 2

Platforma zakupowa: www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego o ustalonej wartości zamówienia powyżej 221 000 euro.

Przedmiotem zamówienia jest **Dostawa produktów leczniczych** zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SIWZ – stanowiącym szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.

Kod CPV 33600000-6 – produkty farmaceutyczne (leki).

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Ilość części: 28.

Podział zamówienia na części:

Nr Części	Nazwa
1	Leki
2	Leki
3	Leki
4	Leki
5	Leki
6	Leki
7	Leki
8	Leki
9	Leki
10	Leki
11	Leki
12	Leki
13	Leki
14	Leki
15	Leki
16	Leki
17	Leki
18	Leki
19	Leki
20	Leki



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

21	Leki
22	Leki
23	Leki
24	Leki
25	Leki
26	Leki
27	Leki
28	Leki

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.

Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 6 i 7 lub art. 134 ust. 6 pkt 3 ustawy Pzp

Warunki powierzenia realizacji zamówienia podwykonawcy:

- a) Zamawiający nie ogranicza realizacji przedmiotu zamówienia przy udziale Podwykonawców.
- b) Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia.
- c) Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę w ofercie części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć Podwykonawcom i podania przez Wykonawcę firm podwykonawców.
- d) Wykonawca, który zamierza wykonać zamówienie przy udziale podwykonawców, musi wyraźnie wskazać w treści formularza ofertowego, jaką część zamówienia wykonywać będzie w jego imieniu podwykonawca. Jeżeli Wykonawca nie zamieści takiej informacji Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane bez udziału podwykonawców.
- e) Powierzenie wykonania części zamówienia Podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Realizacja zamówienia dokonywana będzie w sposób sukcesywny przez okres **12 miesięcy liczonych od dnia zawarcia umowy**

IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

1. nie podlegają wykluczeniu - o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy wykażą brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków określonych w art. 24 ust. 1 pkt 12-23 i **art. 24 ust. 5 pkt. 1 i art. 24 ust. 5 pkt. 8 ustawy Pzp**. Zamawiający uzna, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 12-23 i art. 24 ust. 5 pkt. 1 i art. 24 ust. 5 pkt. 8 ustawy Pzp, jeżeli z przedstawionych przez Wykonawcę oświadczeń i dokumentów wynikać będzie, że nie występują uwarunkowania określone w art. 24 ust. 1 pkt 12-23 i art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp.
2. spełniają warunki udziału w postępowaniu, w zakresie:



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- 1) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej – Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.
- 2) sytuacji ekonomicznej lub finansowej – Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.
- 3) posiadania zdolności technicznej lub zawodowej – Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.

Uwaga: Zamawiający w prowadzonym postępowaniu, w oparciu o zapis art. 24aa ustawy Pzp, zastrzega sobie możliwość najpierw dokonania oceny ofert, a następnie zbadania, czy wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.

V. PODSTAWY WYKLUCZENIA, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 5 USTAWY PZP:

Zamawiający wykluczy wykonawcę na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 PZP i art. 24 ust. 5 pkt. 8 Pzp, o ile zostaną spełnione przesłanki wykluczenia. Pozostałych podstaw wykluczenia o których mowa w art. 24 ust. 5 nie stosuje się.

VI. WYMAGANIA DLA OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA:

1. Oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wymagania określone przez zamawiającego - Zamawiający uzna warunek za spełniony jeżeli wykonawca zaoferuje przedmiot zamówienia zgodny z wymaganiami określonymi w siwz.
2. Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać w dniu dostawy co najmniej 6 miesięczny termin przydatności;
3. Termin dostawy w przypadkach pilnych „na cito” nie może być dłuższy niż 48h.

VII. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA

1. Wykaz oświadczeń składanych przez Wykonawcę w celu wstępnego potwierdzenia, że nie podlega on wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu – składanych wraz z ofertą:
 - a. W celu wstępnego potwierdzenia, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu na podstawie przepisów, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 – 22, art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu, do oferty musi dołączyć, aktualne na dzień składania ofert, oświadczenie - Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) w postaci elektronicznej (Załącznik nr 3 do SIWZ). Jednolity dokument (JEDZ), sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Wykonawca, który powołuje się na zasoby



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia składa także jednolite dokumenty dotyczące tych podmiotów na formularzu JEDZ, który musi mieć postać dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez każdego z nich w zakresie w jakim każdy z Wykonawców wykazuje brak podstaw wykluczenia. Analogiczny wymóg dotyczy JEDZ składanego w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców. Dokumenty te potwierdzają brak podstaw wykluczenia
- Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej strony niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
 - W postępowaniu oświadczenia składa się w postaci elektronicznej poprzez platformę zakupową na stronie www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

JEDZ należy złożyć wraz z ofertą przez platformę zakupową zamawiającego na stronie www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice wybierając niniejsze postępowanie.

JEDZ należy złożyć postępując według poniższych kroków:

- Wykonawca zapoznaje się z zapisami na stronie i pobiera plik JEDZ-a dołączony przez Zamawiającego w formie edytowalnej.
- Wykonawca pobrany JEDZ wypełnia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, a następnie zapisany w formacie PDF dołącza w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu na platformie zakupowej poprzez naciśnięcie spinacza i wybranie pliku z komputera.
- Po upewnieniu się, że plik został poprawnie dołączony, wykonawca uzupełnia wymagane (żółte) pola na platformie, zaznacza, że zapoznał się z warunkami postępowania i regulaminem platformy i naciska przycisk Złóż ofertę (dot. JEDZ).
- Spowoduje to przekierowanie do drugiego kroku, gdzie wykonawca podpisuje JEDZ-a kwalifikowanym podpisem elektronicznym. W tym celu wykonawca naciska przycisk Pobierz plik z ofertą (JEDZ). Pobrany plik wykonawca musi podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
- Podpisany plik wykonawca importuje do platformy w wyznaczonym miejscu. System wskaże, czy plik jest poprawnie podpisany w niezmienionej formie.

Wykonawca klika w pomarańczowy przycisk Złóż ofertę. Na adres mailowy podany wcześniej przez wykonawcę zostanie wysłany mail z prośbą o potwierdzenie złożonych dokumentów.

- Wykaz dokumentów i oświadczeń składanych na wezwanie Zamawiającego na potwierdzenie okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy Pzp.**

a. W celu wykazania spełniania przez Wykonawcę 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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

b. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia:

1	Zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego Zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu
2	Zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej ZUS lub KRUS Zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
3	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy Pzp wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.
4	Oświadczenie wykonawcy o braku zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne Oświadczenie wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne
5	Oświadczenie wykonawcy o braku zalegania z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne Oświadczenie wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.
6	Oświadczenie wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych Oświadczenie wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716).



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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

c. Dokumenty podmiotów zagranicznych:

1	Informacja z odpowiedniego rejestru lub inny równoważny dokument Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej składa informację z odpowiedniego rejestru 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 lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy Pzp, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.
2	Dokument potwierdzający niezaleganie przez wykonawcę z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające, że nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.
3	Dokument składany w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument "Informacja z Krajowego Rejestru Karnego" składa dokument "Informacja z odpowiedniego rejestru lub inny równoważny dokument", w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 ustawy Pzp. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby, wystawionym nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.

Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się ww. dokumentów, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl
na siedzibę lub miejsce zamieszkania Wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby, z uwzględnieniem terminów ich ważności.

W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.

d. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego:

1	Oświadczenie o oferowanych produktach Wypełnione i podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania wykonawcy oświadczenie, sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do SIWZ.
---	---

3. W przypadku złożenia w postępowaniu co najmniej 2 ofert, Wykonawca w **terminie 3 dni** od zamieszczenia na stronie internetowej www.szpitalmyslenice.pl informacji o których mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp (Informacja z otwarcia ofert), przekazuje Zamawiającemu **oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej** (Załącznik nr 4 do SIWZ), o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp. Wraz z złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
4. **Poleganie na potencjale innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp.**
 - 1) Wykonawca może w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu polegać na zdolnościach innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków prawnych.
 - 2) W odniesieniu do warunków dotyczących kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, Wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeśli podmioty te zrealizują usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.
5. **Oferta wspólna**
 - 1) Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia.
 - 2) W przypadku, o którym mowa, Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego;
 - 3) Powyższe nie dotyczy spółki cywilnej, o ile upoważnienie/pełnomocnictwo do występowania w imieniu tej spółki wynika z dołączonej do oferty umowy spółki bądź wszyscy wspólnicy podpiszą ofertę.
 - 4) Jeżeli w postępowaniu zostanie wybrana oferta złożona przez Wykonawców, o których mowa w pkt VII.5.1), zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.
 - 5) Oferta musi być podpisana w taki sposób, by prawnie zobowiązywała wszystkich Wykonawców występujących wspólnie (przez pełnomocnika).



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- 6) Informacja dotycząca składania oświadczeń / dokumentów:
- a) oświadczenie wymienione w pkt VII.1 – winno być złożone odrębnie przez każdy podmiot wraz z ofertą,
6. **Postanowienia dotyczące składanych dokumentów:**
- 1) Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio Wykonawca lub podmiot, na którego zdolnościach polega Wykonawca, lub wykonawcy w przypadku wykonawców wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego.
 - 2) Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Wykonawcę.
 - 3) Jeżeli Wykonawca nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
 - 4) Jeżeli Wykonawca nie złożył wymaganych pełnomocnictw albo złożył wadliwe pełnomocnictwa, zamawiający wzywa do ich złożenia w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.

VIII. WYKAZ DOKUMENTÓW I OŚWIADCZEŃ WYMAGANYCH OD WYKONAWCY PRZY SKŁADANIU OFERTY PRZETARGOWEJ - ZAWARTOŚĆ OFERTY PRZETARGOWEJ

1. Formularz ofertowy – **Załącznik nr 2 do SIWZ**
2. Aktualne na dzień składania ofert oświadczenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu składane w formie Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia JEDZ, o którym mowa w pkt VII.1.1) – **Załącznik nr 3 do SIWZ**
3. Inne dokumenty:
 - 1) Pełnomocnictwo do podpisania oferty – w przypadku, kiedy podpisanie oferty wymaga udzielenia pełnomocnictwa, w szczególności dotyczy wykonawców którzy składają wspólną ofertę.
 - 2) Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO – **Załącznik nr 5 do SIWZ.**

IX. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

1. W postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się elektronicznie za pośrednictwem platformy zakupowej OpenNexus dostępnej pod adresem: www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice
2. Wymagania techniczne i organizacyjne wysyłania i odbierania dokumentów elektronicznych, elektronicznych kopii dokumentów i oświadczeń oraz informacji przekazywanych przy ich użyciu opisane zostały w Regulaminie Internetowej Platformy zakupowej platformazakupowa.pl Open Nexus Sp. z o.o. (<https://platformazakupowa.pl/strona/1-regulamin>).
3. Maksymalna wielkość plików załączonych za pośrednictwem platformy zakupowej wynosi 1GB, przy maksymalnej liczbie plików (lub spakowanych folderów) równej 20.
4. Minimalne wymagania techniczne umożliwiające korzystanie ze Strony platformazakupowa.pl to:
 1. przeglądarka internetowa Internet Explorer, Chrome i FireFox w najnowszej dostępnej wersji,
 2. włączona obsługa języka Javascript, akceptująca pliki typu „cookies”,
 3. łącze internetowe o przepustowości co najmniej 256 kbit/s,
 4. zainstalowany program odczytujący pliki .pdf
 5. zainstalowany program odczytujący pliki .doc, .docx, pdf, xls, .xlsx, rtf
 6. platformazakupowa.pl jest zoptymalizowana dla minimalnej rozdzielczości ekranu 1024x768 pikseli.
5. **Za datę przekazania** oferty, wniosków, zawiadomień, dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów oraz innych informacji przyjmuje się datę ich przekazania na platformę zakupową Zamawiającego, co oznacza, że godzina określona na platformie zakupowej jest godziną przyjętą przez Zamawiającego przy określaniu terminu wpływu oferty, wniosków, dokumentów i oświadczeń.
6. Informacje na temat kodowania i czasu odbioru danych:
 - a) Plik z ofertą załączony przez Wykonawcę na platformie zakupowej i zapisany, nie jest widoczny dla Zamawiającego, gdyż istnieje w systemie jako zaszyfrowany. Możliwość otworzenia pliku jest dostępna dopiero po odszyfrowaniu przez Zamawiającego po upływie terminu składania ofert.
 - b) Oznaczenie czasu odbioru danych (oferty) przez platformę stanowi przypiętą do dokumentu elektronicznego datę oraz dokładny czas, znajdującą się poniżej złożonej oferty w wierszu: „Data złożenia oferty”
7. Wykonawca na każde żądanie Zamawiającego niezwłocznie potwierdza fakt otrzymania zawiadomienia, wniosku lub informacji. Potwierdzenia należy przestać również za pośrednictwem platformy zakupowej.
8. W kwestiach budzących wątpliwości odnośnie zapisów SIWZ Wykonawcom przysługuje prawo do wnoszenia wniosków o wyjaśnienie jej treści.
9. **Składanie wniosków o wyjaśnienie treści SIWZ**, o których mowa w pkt 8 odbywa się za pośrednictwem platformy zakupowej, poprzez polecenie „**WYŚLIJ WIADOMOŚĆ**” jako załącznik, dostępne przy zamieszczonym postępowaniu (*prawy dolny róg strony*).
10. Wyjaśnienia SIWZ udzielane będą z zachowaniem zasad określonych w Art. 38 PZP
11. Zamawiający nie zamierza zwoływać zebrania wszystkich Wykonawców w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści SIWZ.
12. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynął po upływie terminu składania wniosku (później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień), zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku o wyjaśnienie treści SIWZ.

13. Wszelkie wyjaśnienia i modyfikacje, w tym zmiany terminów stają się integralną częścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i są wiążące dla Zamawiającego i Wykonawców.
14. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z wykonawcami jest Ewa Szczepaniec, adres e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl
15. W sytuacjach awaryjnych np. w przypadku braku działania platformy zakupowej www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice Zamawiający może również komunikować się z wykonawcami za pomocą innych środków komunikacji elektronicznej, a w szczególności poczty elektronicznej wykorzystując adres dzp@szpitalmyslenice.pl.
16. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych oraz rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia

WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM

Nie wymaga się wniesienia wadium.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1086).

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Wykonawca pozostaje związany ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym, że zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.

X. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wymagania podstawowe

- a) Wykonawca składa ofertę wraz z załącznikami za pośrednictwem platformy zakupowej pod adresem: www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice
- b) Korzystanie z platformy zakupowej przez Wykonawcę jest bezpłatne.
- c) Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę;
- d) Treść złożonej oferty musi odpowiadać treści SIWZ;



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- e) Oferta winna być złożona przez osoby umocowane do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy lub Wykonawców, w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie;
- f) W przypadku złożenia oferty i składających się na nią dokumentów i oświadczeń przez osob(ę) niewymienion(ą) w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym;
- g) Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, w tym koszty poniesione z tytułu nabycia kwalifikowanego podpisu elektronicznego.

Uwaga: Celem prawidłowego złożenia oferty Zamawiający zamieścił na stronie platformy zakupowej pod adresem: www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice plik pn. Instrukcja składania oferty dla Wykonawcy

2. Forma oferty, dokumentów i oświadczeń

- 1) Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, z zachowaniem postaci elektronicznej w ogólnodostępnym formacie danych np. doc, docx, pdf, xls, xlsx, rtf, odt, zip i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym wystawionym przez dostawcę kwalifikowanej usługi zaufania, będącego podmiotem świadczącym usługi certyfikacyjne - podpis elektroniczny, spełniające wymogi bezpieczeństwa określone w ustawie.¹
- 2) Ofertę należy złożyć w oryginale. Zamawiający nie dopuszcza sposobu złożenia oferty polegającego na opatrzeniu dokumentu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, a następnie jego wydrukowaniu, zeskanowaniu i przesłaniu komunikacją elektroniczną.
- 3) **Ofertę** należy złożyć w następującej formie: dokumenty, **oświadczenia**, w tym Jednolity Europejski Dokument Zamówienia oraz oryginał dowodu wniesienia wadium, sporządza się pod rygorem nieważności w **postaci elektronicznej i opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym** z zastrzeżeniem pkt X.6..
- 4) 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 lub oświadczeń, które każdego z nich dotyczą.
- 5) Poświadczenie za zgodność z oryginałem elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia, o której mowa w pkt. 3) powyżej następuje przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego.
- 6) W przypadku załączania do oferty dokumentów lub oświadczeń sporządzonych w języku obcym należy je złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski.
- 7) Zamawiający zaleca wykorzystanie formularzy załączonych do SIWZ. Dopuszcza się złożenie w ofercie załączników opracowanych przez Wykonawców pod warunkiem, że będą one zgodne co do treści z formularzami określonymi przez Zamawiającego.
- 8) W zakresie nieuregulowanym niniejszym SIWZ, zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
- 9) W przypadku przekazywania przez Wykonawcę dokumentu / dokumentów w formacie poddającym dane kompresji, opatrzenie pliku zawierającego dane skompresowane kwalifikowanym podpisem

¹ Ustawa z dnia 5 września 2016 r. – o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1579, ze zm.)



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl
elektronicznym jest równoznaczne z podpisaniem wszystkich elektronicznych dokumentów zawartych w tym pliku.

- 10) Złożenie oferty na nośniku danych (np. CD, pendrive) jest niedopuszczalne, nie stanowi bowiem jego złożenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 lipca 2002 o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

XI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę wraz z załącznikami należy złożyć za pośrednictwem platformy zakupowej pod adresem: www.platformazakupowa.pl/pn/szpitalmyslenice w terminie najpóźniej do dnia **28.01.2021 r. do godz. 12.30.**
 - a) Wykonawca w celu złożenia oferty Zamawiającemu wybiera polecenie "**ZŁÓŻ OFERTĘ**" dostępne pod zamieszczonym przez Zamawiającego postępowaniem.
 - b) Jeżeli Wykonawca nie ma konta na platformazakupowa.pl i składa ofertę bez zakładania konta to ma obowiązek potwierdzić do czasu zakończenia zbierania ofert adres mailowy podany w formularzu poprzez kliknięcie w link aktywacyjny wysłany w mailu potwierdzającym złożenie oferty.
 - c) Za termin złożenia oferty w formie elektronicznej przyjmuje się datę i godzinę określoną na platformie zakupowej Zamawiającego.
2. Otwarcie ofert nastąpi za pomocą platformy zakupowej w dniu **28.01.2021 r. o godzinie 13.10** w 32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2 (Dział zamówień publicznych i umów).
3. Niezwłocznie po otwarciu ofert zamawiający zamieści na stronie www.szpitalmyslenice.pl informacje dotyczące:
 - a) kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
 - b) firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie,
 - c) ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

XII. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY

1. Cena całkowita oferty powinna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego.
2. Podana cena oferty jest obowiązująca i niezmienna w całym okresie ważności oferty (związania ofertą).
3. Cenę za realizację przedmiotu zamówienia należy podać w Formularzu ofertowym – **Załącznik nr 2 do SIWZ**, w złotych polskich.

Uwaga:

Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp, jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego (**w pkt 1 Formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ**), czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

XIII. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT

Kryterium I: cena – waga kryterium 60%

Kryterium II: termin dostawy na cito – waga kryterium 20%

Kryterium II: termin przydatności – waga kryterium 20%

Kryterium I:

Ocena oferty będzie dokonywana na podstawie „ceny brutto” podanej w formularzu ofertowym. W kryterium można uzyskać maksymalnie **60 punktów** i tak oferta(y) z najniższą ceną otrzyma 60pkt, oferta(y) z najwyższą ceną otrzyma 0pkt pozostałe oferty otrzymają punkty obliczone zgodnie z poniższym wzorem:

$$P_c = \frac{C_{\max} - C_{ob}}{C_{\max} - C_{\min}} \times 100 \times W_c$$

P_c – liczba punktów uzyskanych przez ofertę badaną w kryterium „cena”

C_n – najniższa zaofferowana cena spośród wszystkich cen z ofert podlegających ocenie

C_{\max} – najwyższa zaofferowana cena spośród wszystkich cen z ofert podlegających ocenie

C_{ob} – cena oferty badanej

W_c – waga kryterium „cena” (tj. 60%) w postaci ułamka (0,60)

Kryterium II:

W kryterium „termin dostawy na cito” Wykonawca otrzyma punkty na podstawie zadeklarowanego w formularzu ofertowym terminu **dostawy pilnej „na cito”**. Oferowany termin nie może być dłuższy niż 48 godzin. W kryterium można uzyskać maksymalnie **20 punktów** i tak oferta (y) z terminem dostawy „na cito” równym 48 godzin otrzyma 0 pkt, oferta (y) z najkrótszym zadeklarowanym terminem dostawy „na cito” otrzymają w kryterium 10 pkt, pozostałe oferty otrzymają punkty obliczone zgodnie z poniższym wzorem:

$$P_o = \frac{P_{\min}}{P_{ob}} \times 100 \times W_o$$

P_o – liczba punktów uzyskanych przez ofertę badaną w kryterium „termin dostawy na cito”

P_{\min} – najkrótszy termin dostawy na cito spośród wszystkich ofert podlegających ocenie

P_{ob} – termin dostawy na cito oferty badanej

W_o – waga kryterium „termin dostawy na cito” (tj. 20%) w postaci ułamka (0,20)

W kryterium można uzyskać maksymalnie **20 punktów**.

Kryterium III:

W kryterium „termin przydatności” Wykonawca otrzyma punkty na podstawie zadeklarowanego w formularzu ofertowym terminu **przydatności**. Oferowany termin nie może być krótszy niż 6 miesięcy od dnia dostawy. W kryterium można uzyskać maksymalnie **20 punktów** i tak oferta(y) z terminem przydatności równym 6 miesięcy otrzyma 0 pkt, oferta(y) z najdłuższym terminem przydatności otrzyma w kryterium 20 pkt, pozostałe oferty otrzymają punkty obliczone zgodnie z poniższym wzorem:



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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

$$P_G = \frac{P_{ob}}{P_{max}} \times 100 \times W_G$$

P_G – liczba punktów uzyskanych przez ofertę badaną w kryterium „termin przydatności”

P_{max} – najdłuższy termin przydatności spośród wszystkich ofert podlegających ocenie

P_{ob} – termin przydatności oferty badanej

W_G – waga kryterium „termin przydatności” (tj. 20%) w postaci ułamka (0,20)

W kryterium można uzyskać maksymalnie **20 punktów**.

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

$$P = P_c + P_o + P_G$$

P – łączna liczba punktów uzyskanych przez badaną ofertę

Punkty wyliczone w oparciu o powyżej przedstawione wzory zostaną przedstawione jako wartości liczbowe z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, chyba, że w celu jednoznacznego wskazania oferty najkorzystniejszej wymagane będzie zastosowanie większej dokładności - więcej niż dwa miejsca po przecinku.

XVII. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

1. Wybór wykonawcy.

Z Wykonawcą, którego oferta zostanie uznana przez Zamawiającego za ofertę najkorzystniejszą, biorąc pod uwagę kryteria przyjęte w niniejszym postępowaniu, zostanie zawarta umowa zgodnie z załączonym wzorem umowy, stanowiącym **Załącznik nr 6 do SIWZ**.

2. Ogłoszenie wyników przetargu.

Zamawiający poinformuje niezwłocznie wszystkich wykonawców o:

- 1) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację,
- 2) wykonawcach, którzy zostali wykluczeni,
- 3) wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, powodach odrzucenia ofert,
- 4) unieważnieniu postępowania.

Zamawiający udostępni na swojej stronie internetowej informacje, o których mowa w pkt 1) i 4).

3. Zawarcie umowy.

- 1) W terminie wyznaczonym przez Zamawiającego wybrany Wykonawca winien przybyć we wskazane miejsce celem podpisania 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- 2) Zamawiający zawrze umowę w sprawie Zamówienia publicznego zgodnie z terminami określonymi w art. 94 ustawy Prawo zamówień publicznych.
- 3) W przypadku złożenia oferty przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, której cena dwukrotnie przewyższa wysokość kapitału zakładowego spółki Zamawiający żąda przedłożenia przed zawarciem umowy uchwały wspólników lub oświadczenie, że umowa spółki wyłącza art. 230 Kodeksu spółek handlowych (Dz.U. z 2013r. poz. 1030 ze zm.). Powyższe dotyczy również sytuacji w której spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jest jednym z wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o zamówienie.
- 4) W przypadku wyboru oferty wykonawcy, który jest osobą fizyczną lub gdy wykonawca będący osobą fizyczną jest wśród wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, Zamawiający wymaga do zawarcia umowy podania adresu zamieszkania osoby fizycznej.

XVIII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

XIX. INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY

1. Zamawiający i Wykonawca dopuszczają możliwość zmiany treści umowy w uzasadnionych przypadkach i za zgodą zamawiającego, a w szczególności:
 - 1) Zmiany osób po stronie zamawiającego i wykonawcy,
 - 2) Adresu/siedziby Wykonawcy oraz adresów / siedzib Zamawiającego i/lub Stron Umowy.
 - 3) Wykonawcy – tylko i wyłącznie w przypadku sukcesji generalnej, przekształcenia, spółek handlowych zgodnie z Kodeksem spółek handlowych, sukcesji z mocy prawa.
 - 4) Rezygnacji z części zamówienia (tylko z przyczyn niezależnych od Zamawiającego) i w związku z tym obniżenia wynagrodzenia Wykonawcy.
 - 5) W przypadku zmiany przepisów prawnych mających wpływ na treść zawartej umowy.
2. Zmiana przedmiotowej umowy, z wyłączeniem wskazanych w niej wyjątków, wymaga sporządzenia aneksu w formie pisemnej, podpisanego przez obie strony, pod rygorem nieważności.

XX. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ

1. Środki ochrony prawnej określone w Dziale VI Ustawy Prawo zamówień publicznych przysługują Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego Zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów Ustawy.
2. Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej lub w postaci elektronicznej, podpisane bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub równoważnego środka, spełniającego wymagania dla tego rodzaju podpisu.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

4. Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż Zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
5. Odwołanie wnosi się w terminach określonych w art. 182 ustawy Prawo zamówień publicznych.

XXI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Wniesienie zastrzeżeń do umowy, po zakończeniu postępowania, traktowane będzie przez Zamawiającego jako uchylenie się od zawarcia umowy. W sprawach nie uregulowanych niniejszą specyfikacją, mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, a w tym: Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych, Kodeksu Cywilnego i Kodeksu postępowania cywilnego.

XXII. ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ

1. Załącznik nr 1 – Szczegółowy opis zamówienia,
2. Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy,
3. Załącznik nr 3 – JEDZ,
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej,
5. Załącznik nr 5 – Oświadczenie ws. RODO,
6. Załącznik nr 6 – Wzór umowy,
7. Załącznik nr 7 – oświadczenie dotyczące przedmiotu zamówienia

UWAGA

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), dalej „RODO”, informujemy, że:

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

- inspektorem ochrony danych osobowych w /nazwa zamawiającego/ jest Pani Barbara Kołacz, kontakt: barabrakolacz.ewart@gmail.com *;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych *;
 - 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 wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Sporządził:

.....

Dział Zamówień Publicznych i Umów
SP ZOZ w Myślenicach
p.o. KIEROWNIKA

Ewa Szczepaniec

DYREKTOR

Podpis kierownika jednostki:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach

23.12.2020

* **Wyjaśnienie:** 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.

** **Wyjaśnienie:** 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.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Informujemy, że złożona oferta **nie będzie/będzie¹⁾** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, o którym mowa w art. 91 ust. 3a Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.).

1. Informujemy, że Wykonawca jest **małym/średnim/dużym²⁾** przedsiębiorstwem. (w przypadku oferty wspólnej informację należy odnieść do Lidera składającego ofertę w postępowaniu)
2. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, został przez nas zaakceptowany.
3. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy **samodzielnie/przy udziale podwykonawców**, powierzając im wykonanie następujących części zamówienia ²⁾:

Firma podwykonawcy (o ile jest znana)	Część zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy	Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

....., data

.....

Podpis (podpisy) osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

- 1) niewłaściwe skreślić

Art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.) – jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. W przypadku nie wykreślenia żadnej informacji Zamawiający uzna, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego w/w obowiązku podatkowego.

- 2) niewłaściwe skreślić



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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Załącznik nr 3 do SIWZ

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. S: 2020/S 046-108165

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
<i>Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?</i>	<i>Odpowiedź:</i>
Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:	Dostawa produktów leczniczych
Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, (jeżeli dotyczy):	51/PN/20

Część II: Informacje dotyczące wykonawcy

A: INFORMACJE NA TEMAT WYKONAWCY

Identyfikacja:	Odpowiedź:
Nazwa:	
Numer VAT, jeżeli dotyczy ² :	[.....]
Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma	[.....]

² W przypadku wykonawców posługujących się numerem VAT należy wpisać ten numer (Numer Identyfikacji Podatkowej poprzedzony symbolem PL).



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

zastosowanie ³ .	
Adres pocztowy:	
Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów ⁴ :	[.....]
Telefon:	[.....]
Adres e-mail:	[.....]
Adres internetowy (adres www), (jeżeli dotyczy):	[.....]
Informacje ogólne:	Odpowiedź:
Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem ⁵ ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jedynie w przypadku, gdy zamówienie jest zastrzeżone⁶: czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym” ⁷ 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 wykonawców lub posiada	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

³ 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.

⁴ Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne.

⁵ 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.

⁶ Zob. Ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5.

⁷ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania) ⁸ ?	
<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.</p> <p>a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:</p> <p>b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:</p> <p>c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie⁹:</p>	<p>a) [.....]</p> <p>b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]</p> <p>c) [.....]</p>
<p>d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?</p> <p>Jeżeli nie: Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.</p> <p>WYŁĄCZNIE, jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:</p> <p>e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informację, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim?</p> <p>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:

⁸ Polscy wykonawcy w tej podsekcji zaznaczają opcję „nie dotyczy” i pozostawiają dalszą część podsekcji niewypełnioną.
⁹ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami ¹⁰ ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia.	
Jeżeli tak: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział:	a) [.....] b) [.....] c) [.....]
Części	Odpowiedź:
W stosownych przypadkach wskazanie części 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:	[.....]

¹⁰ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

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.

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 V¹¹.

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.

¹¹ Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości należy uzupełnić część IV, sekcja C, pkt 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

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:

1. udział w organizacji przestępczej¹²;
2. korupcja¹³;
3. nadużycie finansowe¹⁴;
4. przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną¹⁵;
5. pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu¹⁶;
6. praca dzieci i inne formy handlu ludźmi¹⁷.

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): [.....][.....][.....][.....] ¹⁸

¹² 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).

¹³ 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.

¹⁴ W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48).

¹⁵ 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 te samej decyzji ramowej.

¹⁶ 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).

¹⁷ 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).

¹⁸ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>Jeżeli tak, proszę podać¹⁹:</p> <p>a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1-6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania;</p> <p>b) wskazać, kto został skazany [...];</p> <p>c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:</p>	<p>a) data: [...], punkt(-y): [...], powód(-ody): [...]</p> <p>b) [.....]</p> <p>c) długość okresu wykluczenia [...] oraz punkt (-y), którego (-ych) to dotyczy.</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]²⁰</p>
<p>W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwzięć środków w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia²¹ („samooczyszczenie“)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki²²:</p>	<p>[.....]</p>

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

Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:	Odpowiedź:
<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

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

¹⁹ Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

²⁰ Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

²¹ Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE.

²² Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>Jeżeli nie, proszę wskazać:</p> <p>a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy;</p> <p>b) jakiej kwoty to dotyczy?</p> <p>c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków:</p> <p>1) w trybie decyzji sądowej lub administracyjnej:</p> <p>- Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?</p> <p>- Proszę podać datę wyroku lub decyzji.</p> <p>- W przypadku wyroku, o ile została w nim bezpośrednio określona, długość okresu wykluczenia:</p> <p>2) w inny sposób? Proszę sprecyzować, w jaki:</p> <p>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?</p>	a) [.....]	a) [.....]
	b) [.....]	b) [.....]
	c1) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	c1) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	- <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	- <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	- [.....]	- [.....]
	- [.....]	- [.....]
	c2) [...]	c2) [...]
	d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jeżeli tak , proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [.....]	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) ²³ : [.....][.....][.....]
--	---

C: PODSTAWY ZWIĄZANE Z NIETYTUŁACALNOŚCIĄ, KONFLIKTEM INTERESÓW LUB WYKROCZENIAMI ZAWODOWYMI²⁴

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 nietytułacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych	Odpowiedź:
Czy wykonawca, wedle własnej wiedzy , naruszył swoje obowiązki w dziedzinie prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy ²⁵ ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jeżeli tak , czy wykonawca przedsięwziął środki w celu

²³ Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

²⁴ Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/UE.

²⁵ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

	<p>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>[.....]</p>
<p>Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji²⁶:</p> <p>a) zbankrutował; lub</p> <p>b) prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne; lub</p> <p>c) zawarł układ z wierzycielami; lub</p> <p>d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych; lub</p> <p>e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub</p> <p>f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona?</p> <p>Jeżeli tak:</p> <p>- Proszę podać szczegółowe informacje:</p> <p>- Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej²⁷.</p> <p><i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>- [.....]</p> <p>- [.....]</p> <p><i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):</i> [.....][.....][.....]</p>
<p>Czy wykonawca jest winien poważnego wykroczenia zawodowego²⁸?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....]</p> <p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:</p> <p>[.....]</p>

²⁶ Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia.

²⁷ 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.

²⁸ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p> <p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia²⁹?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</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?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</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?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p>
	<p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>

²⁹ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>Czy wykonawca może potwierdzić, że:</p> <p>a) nie jest winny poważnego wprowadzenia w błąd przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;</p> <p>b) nie zataił tych informacji;</p> <p>c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz</p> <p>d) 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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
---	--

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:
<p>Czy mają zastosowanie podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia?</p> <p><i>Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):</i> [.....][.....][.....]³⁰</p>
<p>W przypadku, gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....]</p>

Część IV: Kryteria kwalifikacji

³⁰ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl
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
1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy ³¹ ; <i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i>	[...] <i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</i>
2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi: Czy konieczne jest posiadanie określonego zezwolenia lub bycie członkiem określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy? <i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 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 <i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</i>

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:
----------------------------------	------------

³¹ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>1a) Jego („ogólny”) roczny obrót w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący:</p> <p>lub</p> <p>1b) Jego średni roczny obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący³²:</p> <p><i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i></p>	<p>rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta</p> <p>(liczba lat, średni obrót): [.....], [.....] [.....] waluta</p> <p><i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):</i> [.....][.....][.....]</p>
<p>2a) Jego roczny („specyficzny”) obrot w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:</p> <p>lub</p> <p>2b) Jego średni roczny obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący³³:</p> <p><i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i></p>	<p>rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [.....] waluta</p> <p>(liczba lat, średni obrót): [.....], [.....] [.....] waluta</p> <p><i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):</i> [.....][.....][.....]</p>
<p>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:</p>	<p>[.....]</p>
<p>4) W odniesieniu do wskaźników finansowych³⁴ określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e):</p> <p><i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i></p>	<p>(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y³⁵ – oraz wartość): [.....], [.....]³⁶</p> <p><i>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):</i> [.....][.....][.....]</p>

³² Jedynie, jeśli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.

³³ Jedynie, jeśli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.

³⁴ Np. stosunek aktywów do zobowiązań.

³⁵ Np. stosunek aktywów do zobowiązań.

³⁶ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>5) W ramach ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę: <i>Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:</i></p>	<p>[.....] [.....] waluta (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>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:</p>	<p>[.....] (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>

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 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 odniesienia³⁷ wykonawca wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju: 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: [.....] (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>

³⁷ Instytucje zamawiające mogą wymagać, aby okres ten wynosił do pięciu lat i dopuszczać legitymowanie się doświadczeniem sprzed ponad pięciu lat.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>1b) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na dostawę i zamówień publicznych na usługi</p> <p>W okresie odniesienia³⁸ 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 prywatnych³⁹:</p>	<p>Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia):</p> <p>[.....]</p> <table border="1" data-bbox="820 562 1377 689"><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 technicznych⁴⁰, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości:</p> <p>W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:</p>	<p>[.....]</p> <p>[.....]</p>								
<p>3) Korzysta z następujących urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości, a jego zaplecze naukowo-badawcze jest następujące:</p>	<p>[.....]</p>								
<p>4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy zarządzania łańcuchem dostaw i śledzenia łańcucha dostaw:</p>	<p>[.....]</p>								
<p>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:</p> <p>Czy wykonawca zezwoi na przeprowadzenie kontroli⁴¹ swoich zdolności produkcyjnych lub zdolności technicznych, a w razie konieczności także dostępnych mu środków naukowych i badawczych, jak również środków kontroli jakości?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>								
<p>6) Następującym wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi legitymuje się:</p> <p>a) sam usługodawca lub wykonawca: lub (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia):</p> <p>b) jego kadra kierownicza:</p>	<p>a) [.....]</p>								

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

³⁹ Należy wymienić wszystkich odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług.

⁴⁰ 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.

⁴¹ Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku, gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ rządowy 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

	b) [.....]
7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące środki zarządzania środowiskowego :	[.....]
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 podwykonawcom⁴² następującą część (procentową) zamówienia:	[.....]
11) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy: 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 dostawy: Czy wykonawca może przedstawić wymagane zaświadczenia sporządzone przez urzędowe instytucje	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

⁴² 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

<p>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?</p> <p>Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione:</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>[.....]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
---	---

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



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

	[.....][.....][.....]
--	-----------------------

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, 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 elektronicznej⁴³, proszę wskazać dla każdego z nich:</p>	<p>[.....]</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie⁴⁴</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]⁴⁵</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

⁴³ Proszę jasno wskazać, do której pozycji odnosi się odpowiedź.

⁴⁴ Proszę powtórzyć tyle razy ile jest to konieczne.

⁴⁵ Należy 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

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:

- a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim⁴⁶, lub*
- b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r⁴⁷., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację.*

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 51/PN/20.

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

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Załącznik nr 4 do SIWZ

.....
(Nazwa i adres Wykonawcy)

Oświadczenie **w trybie art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych** **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej *)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr **51/PN/20** oświadczam, co następuje:

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.), oświadczam, że po zapoznaniu się z firmami oraz adresami wykonawców, którzy złożyli oferty, zamieszczonymi na stronie internetowej zamawiającego:

- 1) przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
*podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy*

- 2) nie przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
*podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy*

*) Należy wypełnić pkt 1 lub pkt 2

Uwaga

W przypadku wypełnienia pkt. 1 wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Załącznik nr 5 do SIWZ

.....
(Nazwa i adres Wykonawcy)

Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr 51/PN/20 oświadczam, co
następuje:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14
RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio
pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym
postępowaniu.*

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy

1) 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).

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).



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, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Załącznik nr 6 do SIWZ

UMOWA-wzór

Nr

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.

Na podstawie przeprowadzonego postępowania w trybie stosownie do zapisów
Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019
r., poz. 1843 z późn. zm.), na podst. art. ..., którego dokumentacja stanowi integralną część
umowy, strony zawierają umowę o następującej treści:

§1.

1. Wykonawca sprzedaje, a Zamawiający nabywa –
wyszczególnione w załączniku (część....) do umowy - dla Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Myślenicach zwane dalej „towarem.
2. Wartość netto umowy wynosi: zł (słownie:00/100)
3. Wartość brutto umowy wynosi: zł (słownie:00/100)
4. Dopuszcza się możliwość nie wykorzystania całości zamówienia w okresie obowiązywania
umowy.

§2.

1. Umowa będzie wykonywana w okresie miesięcy od 20.... r. do 20.... r.
2. Wykonawca będzie dostarczać towar na podstawie zamówień składanych przez
Zamawiającego.
3. Towar dostarczany będzie w oryginalnym opakowaniu transportem na koszt Wykonawcy.
4. Dostawa będzie odbywać się w uwzględnionych na bieżąco wielkościach transz, w
terminie 3 dni roboczych od złożenia zamówienia. **Możliwość dostaw awaryjnych (cito)**
do godzin od daty telefonicznego złożenia zamówienia, potwierdzonego faksem.
Gdy termin dostawy awaryjnej wypadnie w dzień świąteczny, dostawa nastąpi w
najbliższym dniu roboczym.
5. W przypadku nieterminowych realizacji dostaw lub dostaw niezgodnych pod względem
towaru bądź ilości z zamówieniami – będzie naliczana przez Zamawiającego kara w
wysokości 0,5% za każdy dzień zwłoki, licząc od wartości zamówionych, a nie



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

dostarczonych przez Wykonawcę. Naliczanie kary umownej z tytułu przekroczenia terminu realizacji dostawy przedmiotu umowy nie będzie miało miejsca w sytuacji wstrzymania dostaw z powodu zaległości w zapłacie za towar już przez Zamawiającego pobrany. W przypadku niewywiązania się z zamówienia a zaistniała konieczność pilnego zakupu Zamawiający obciąży Wykonawcę różnicą w cenie między ofertową a ceną zakupu u innego Wykonawcy.

6. W przypadku powtarzających się nieterminowych lub niezgodnych pod względem asortymentu dostaw, a także istotnych odstępstw jakościowych, Zamawiający ma prawo wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym bez prawa Wykonawcy do naliczania odszkodowania.
7. Strony zastrzegają dochodzenie odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
8. W przypadku udokumentowanego braku spowodowanego chwilowym lub całkowitym wstrzymaniem realizacji części lub całości dostaw produktów leczniczych o nazwie handlowej wskazanej przez Wykonawcę w ofercie i umowie Zamawiający dopuszcza produkty lecznicze równoważne odpowiadające opisowi umieszczonemu w załączniku cenowym, przy zachowaniu cen jednostkowych, oraz po uprzednim zaakceptowaniu produktów leczniczych równoważnych przez Zamawiającego. Zmiany w tym zakresie nie wymagają formy pisemnej w postaci aneksów.

§3.

1. Odbioru zamówionego towaru dokona osoba upoważniona przez Zamawiającego.
2. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą będą następowały po zakończeniu każdego miesiąca trwania umowy, na podstawie jednej faktury VAT wystawionej w terminie do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została dokonana sprzedaż artykułów jednorazowego użytku.
3. W fakturze VAT wystawionej w wersji elektronicznej i papierowej, o której mowa w ust.2, Wykonawca obowiązany jest zamieścić datę wystawienia faktury przypadającą na ostatni dzień miesiąca, w którym została dokonana sprzedaż oraz wyszczególnić zamówiony towar.
4. Zamawiający zobowiązany jest dokonać zapłaty Wykonawcy za dostarczony towar w terminie do 60 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT, na rachunek bankowy wskazany w fakturze VAT.
5. Przez termin zapłaty rozumie się dzień obciążenia konta bankowego Zamawiającego

§4.

1. Wykonawca nie może przenieść wierzytelności na osobę trzecią bez zgody Podmiotu Tworzącego i 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



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

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 spełnionego przez osobę trzecią świadczenia.
4. Przed ostatecznym ustaleniem obowiązku zapłaty kary umownej określonej w ust 4, Przyjmujący zamówienie może złożyć pisemne wyjaśnienie w terminie 14 dni od wezwania do udzielenia wyjaśnień przez Udzielającego zamówienie. Brak złożenia pisemnego wyjaśnienia nie stanowi przeszkody do nałożenia kary umownej o której mowa w ust 3.
5. Należności za zrealizowane zamówienie będą uregulowane z konta Zamawiającego na konto Wykonawcy wg przedłożonej faktury.
6. Zamawiający zobowiązany jest dokonać zapłaty za wykonane dostawy do 60 dni od daty otrzymania od Wykonawcy faktury.
7. Przez termin zapłaty rozumie się dzień obciążenia konta bankowego Zamawiającego.

§5.

1. Wykonawca zobowiązuje się nie zmieniać cen towaru podlegających zamówieniu przez czas trwania umowy.
2. W przypadku stwierdzenia nieuzasadnionego wzrostu cen wyrobów Zamawiający może odmówić odbioru dalszych dostaw i odstąpić od umowy.
3. Uwzględnia się zmianę cen jednostkowych w stosunku do oferowanych wg następujących zasad:
 - zmiana stawek podatkowych wchodzi z dniem obowiązywania pod warunkiem ich udokumentowania. Zamawiający zostanie powiadomiony na piśmie z 10-dniowym wyprzedzeniem;
 - zmiany cen urzędowych wchodzi z dniem obowiązywania pod warunkiem ich udokumentowania. Zamawiający zostanie powiadomiony na piśmie z 10-dniowym wyprzedzeniem.

§6.

1. Wykonawca wystawi Zamawiającemu każdorazowo pisemną gwarancję ważności **na dostarczoną partię towaru obowiązującą przez okres miesięcy**, liczony od daty podpisania protokołu odbioru tej partii.
2. Gwarancja zostanie doręczona odbiorcy nie później niż w dniu podpisania protokołu odbioru towaru.
3. Wykonawca udziela rękojmi za wady fizyczne i prawne dostarczanego towaru.

§7.

W przypadku ewentualnych sporów wynikających z realizacji umowy, strony będą się starały rozwiązać je na drodze polubownej, a w razie braku porozumienia spór rozstrzygnie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby 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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

§8.

Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 10 % wartości dostawy niezrealizowanej w przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od zawartej umowy, jeżeli wina leżeć będzie po stronie Wykonawcy.

§9.

1. Odstąpienie od umowy może nastąpić tylko w przypadkach przewidzianych obowiązującymi przepisami oraz postanowieniami umowy.
2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

§10.

1. Strony nie ponoszą odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków wynikających z umowy spowodowane siłą wyższą. Za przypadki siły wyższej uważa się wszelkie nieznane stronom w chwili zawierania umowy zdarzenia, zaistniałe niezależnie od woli stron, i na których zaistnienie strony nie miały żadnego wpływu jak np. wojna, atak terrorystyczny, pożar, powódź, epidemie, strajki, zarządzenia władz, długotrwałe i katastrofalne warunki pogodowe, itp. Strona powołująca się na siłę wyższą powinna zawiadomić drugą stronę na piśmie w terminie 3 dni od zaistnienia zdarzenia stanowiącego przypadek siły wyższej pod rygorem utraty prawa powołania się na siłę wyższą. Fakt zaistnienia siły wyższej powinien być udowodniony dokumentem pochodzącym od właściwego organu administracji publicznej, IMGW.
2. Opóźnienie lub wadliwe wykonanie całości lub części umowy z powodu siły wyższej, nie stanowi dla Strony dotkniętej siłą wyższą, naruszenia postanowień umowy.

§11.

Zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej w formie aneksu pod rygorem nieważności, a ewentualne zmiany mogą być do niej wprowadzone tylko za zgodą obu stron.

§12.

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

§13

Ewentualne spory na tle wykonania niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez Sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

§14.



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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Nad prawidłową realizacją umowy czuwać będzie Kierownik

§15.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

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, **EKD:** 8511

Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

51/PN/20

Załącznik nr 7

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Wykonawca:

Niniejszym oświadczamy, że:

- a) Zaoferowane produkty lecznicze są dopuszczone do obrotu na terenie Polski zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U.2019 poz. 499 ze zm.) Oświadczamy, że na każde żądanie Zamawiającego dokumenty dopuszczające do obrotu zostaną okazane. W przypadku wygaśnięcia, zmiany lub cofnięcia dopuszczenia niezwłocznie o tym fakcie Zamawiający zostanie poinformowany.
- b) Oferowane produkty będą posiadać w dniu dostawy co najmniej 6 miesięczny termin ważności.
- c) Wszystkie właściwości zaoferowanych w ofercie produktów leczniczych, w szczególności postać, dawkowanie, wskazania terapeutyczne, stabilność itp. mają potwierdzenie w charakterystyce produktu leczniczego. Oświadczamy, że na każde żądanie Zamawiającego charakterystyka zostanie okazana.

Jednocześnie stwierdzamy, iż jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....
podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej
do reprezentowania wykonawcy