



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

Załącznik nr 1 do SIWZ

OFERTA

dla zamówienia pn.:

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

1. ZAMAWIAJĄCY:

Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław

2. WYKONAWCA*

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

.....

Adres*:

NIP*:

Telefon*:

FAX LUB E-MAIL* na który zamawiający ma przysłać korespondencję

*- w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy

3. OFERTA

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na wykonanie robót budowlanych pn.:

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

- oświadczamy, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz gwarantujemy wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej zmian.
- Cena mojej (naszej) oferty dla:



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



DOLNY ŚLĄSK

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

a) **cz. I - Dla części I – dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych** - za realizację całości niniejszego zamówienia, wynikająca z Tabeli Ceny – będącej treścią oferty – wynosi:

Wartość netto	VAT	Cena brutto (netto + VAT)

**łącznie cena Oferty – przeniesiona z Załącznika nr tabela nr pn. Tabeli ceny*

- 1) Oświadczamy, że dostawy wykonamy w terminie do **20.08.2018r.**
- 2) Akceptuję/ akceptujemy gwarancję wskazaną w pkt. III. 2. 2 SIWZ
- 3) Oferuje/Oferujemy dostawę:

- **22 szt. KRZESŁ OBROTOWYCH** z odnośnikiem gazowym zapewniającym płynną regulację wysokości siedziska– poz. 15 w Tabeli ceny dla cz. I - które dodatkowo będą posiadały:

Oceniane parametry	TAK	NIE
tapicerka antybakteryjna		
Tapicerka antygrzybiczna		
atest trudnozapałności		
odporna na produkty chemiczne		
odporna na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a		

(zaznaczyć „X” właściwe)

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

- **4 szt. KRZESŁO OBROTOWE z zagłówkiem** - poz. 50 Tabeli ceny dla cz. I - Wykonawca może uzyskać dodatkową ilość punktów za to że oferowany towar będzie posiadał:

- tapicerkę antybakteryjną- 2 pkt
- antygrzybiczną - 2 pkt
- atest trudnozapałności - 2 pkt
- odporność na produkty chemiczne - 2 pkt
- odporność na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a - 2 pkt

Oceniane parametry	TAK	NIE
tapicerka antybakteryjna		
Tapicerka antygrzybiczna		
atest trudnozapałności		
odporna na produkty chemiczne		
odporna na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a		

(zaznaczyć „X” właściwe)

- **2 komplety ŁAWA SIEDZISKOWA TAPICEROWANA** - poz. 51 Tabeli ceny dla cz. I - Wykonawca może uzyskać dodatkową ilość punktów za to że oferowany towar będzie posiadał:

- tapicerkę antybakteryjną- 2 pkt
- antygrzybiczną - 2 pkt
- atest trudnozapałności - 2 pkt
- odporność na produkty chemiczne - 2 pkt
- odporność na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a - 2 pkt

Oceniane parametry	TAK	NIE
tapicerka antybakteryjna		
Tapicerka antygrzybiczna		
atest trudnozapałności		
odporna na produkty chemiczne		
odporna na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a		

(zaznaczyć „X” właściwe)

- **2 komplety OKRĄGŁA ŁAWA SIEDZISKOWA MODUŁOWA** - poz. 52 Tabeli ceny dla cz. I - Wykonawca może uzyskać dodatkową ilość punktów za to że oferowany towar będzie posiadał:

- tapicerkę antybakteryjną- 2 pkt
- antygrzybiczną - 2 pkt



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

- atest trudnozupalności - 2 pkt
- odporność na produkty chemiczne - 2 pkt
- odporność na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a - 2 pkt

Oceniane parametry	TAK	NIE
tapicerka antybakteryjna		
Tapicerka antygrzybiczna		
atest trudnozupalności		
odporna na produkty chemiczne		
odporna na ścieranie 300 000 cykli Martindale'a		

(zaznaczyć „X” właściwe)

b) **cz. II – wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej** - za realizację całości niniejszego zamówienia, wynikająca z Tabeli Ceny – będącej treścią oferty – wynosi:

Wartość netto	VAT	Cena brutto (netto + VAT)

*łącznie cena Oferty – przeniesiona z Załącznika nr tabela nr pn. Tabeli ceny

- 1) Oświadczamy, że dostawy wykonamy w terminie do **20.08.2018r.**
- 2) Akceptuję/ akceptujemy gwarancję wskazaną w pkt. III. 2. 2 SIWZ
- 3) Oferuje/Oferujemy dostawę 3 szt. Stoły rehabilitacyjne BOBATH jednosekcyjny - poz. 1 w Tabeli ceny dla cz. II – które dodatkowo będą posiadały:
 - pilot nożny – 20 pkt
 - wieszak na papier – 20 pkt

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

Oceniane parametry	TAK	NIE
pilot nożny		
wieszak na papier		

(zaznaczyć „X” właściwe)

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Informujemy, że wybór naszej oferty nie prowadzi / prowadzi do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w następującym zakresie (UWAGA: wykonawca zobowiązany jest wypełnić poniższe informacje w przypadku powstania obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi powinna odpowiadać nazwom wskazanym w Polskiej klasyfikacji wyrobów i usług wprowadzonej Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29.10.2008 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU) (Dz. U. z 2008 r. nr 207, poz. 1293, nr 220, poz. 1435 oraz z 2009 r. nr 33, poz. 256 i nr 222, poz. 1753).):
 - a. Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi: o wartości (bez kwoty podatku): zł netto,
 - b. Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi: o wartości (bez kwoty podatku): zł netto,
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, powyższa cena zawiera wszelkie koszty, jakie ponosi Zamawiający tytułem realizacji przedmiotu zamówienia.
6. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
7. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
8. Oświadczamy, iż przewidujemy/nie przewidujemy* powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia w części
9.

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis przedstawiciela upoważnionego
do reprezentacji wykonawcy)

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

**Załącznik nr 2 do SIWZ
(składany wraz z Ofertą)**

WYKONAWCA*

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

.....

Adres*:

NIP*:

*- w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),
DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „**Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej**” prowadzonego przez **Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Białowieska 74a, 54-235 Wrocław**, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp

..... (miejscowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:.....

..... (miejscowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białawieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Białawieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

**Załącznik nr 3 do SIWZ
(składany wraz z Ofertą)**

WYKONAWCA*

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

.....

Adres*:

NIP*:

*- w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy

Oświadczenie wykonawcy

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

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „**Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej**”, prowadzonego przez Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Białawieska 74a 54-235 Wrocław, oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam,

że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w rozdziale V.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ w rozdziale V polegamy na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....

....., w następującym zakresie:

.....

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

..... (miejsowość), dnia r.

.....

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
pieczęć i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy

Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białawieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Białawieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

Załącznik nr 4 do SIWZ

WYKONAWCA*

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

.....

Adres*:

NIP*:

*- w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW

dla zamówienia pn.:

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”.

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

Lp	Opis przedmiotu zamówienia z podaniem rodzaju wykonanych dostaw	wartość (netto)	data wykonania (zakończenia)	Zamawiający
..				

_____ dnia ____ ____

(podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania
Wykonawcy)

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

Załącznik nr 7 do SIWZ
(składany po otwarciu ofert)

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest
„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

Oświadczamy, że

- nie należymy z innymi uczestnikami postępowania do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych*,
- należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 23 ustawy Prawo zamówień publicznych - w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r poz. 184, 1618 i 1634 ze zm.) z innymi uczestnikami postępowania ale oświadczamy, że istniejące między nami powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia**.

_____ dnia ____ ____ roku

(podpis Wykonawcy/Wykonawców/Pełnomocnika)

* - *niepotrzebne skreślić.*

** - *Na potwierdzenie tego oświadczenia Wykonawca może złożyć dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innymi wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu*

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



DOLNY ŚLĄSK

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

**Załącznik nr 8 do SIWZ
(składany wraz z ofertą)**

WYKONAWCA*

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

.....

Adres*:

NIP*:

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

dla zamówienia pn.:

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”

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.*

_____ dnia ____ ____ roku

(podpis osoby lub osób upoważnionych 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 (usuniecie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt współfinansowany ze środków UE: nr projektu RPDS.06.02.00-02-0060/16 pn „Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020.

**Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Białowieska 74a
54-235 Wrocław**

tel. +48 71 350 17 80
fax: +48 71 350 17 81
e-mail: sekretariat@neuropsychiatria.com
www.neuropsychiatria.com

ZP/1/2018

Wykonawca:

.....
(miejsowość, data)

.....
_(pełna nazwa/firma, adres, w
zależności od podmiotu: NIP,
KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa
do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”**

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

.....
(podpis wykonawcy)

* 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 (Zamawiający usunie treść oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

„Dostawa, montaż oraz ustawienie mebli biurowych oraz wyposażenie sal rehabilitacji i integracji sensorycznej”