*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

Opis przedmiotu zamówienia dla zadania: Remont sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego oddziału AiIT Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną typu TARKET odprowadzającą ładunki elektryczne.

Zakres prac obejmuje:

Ściany:

- wykonanie gruntu szczepnego na istniejących okładzinach ceramicznych ścian: 96,00 m2

- wykonanie gładzi gipsowych grubości 3 mm na ścianach: 96,00 m2

- wykonanie okładzin ścian z wykładzin z tworzyw sztucznych bez warstwy izolacyjnej: 118,50 m2

- zgrzewanie wykładzin z tworzyw sztucznych: 118,50 m2

- montaż narożników ochronnych 20 mm x 20 mm: 40 mb

Posadzki:

- wykonanie warstw wyrównujących i wygładzających z zaprawy samopoziomującej grubości
5 mm: 132,84 m2

- wykonanie posadzki z wykładzin antyelektrostatycznych: 155,34 m2

- zgrzewanie wykładzin z tworzyw sztucznych: 155,34 m2

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**„Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22.**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę towaru, usługę o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

6. Udzielamy ........... **miesięcy gwarancji**\*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 (rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1)* ***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 przedsiębiorstwo –*** *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.***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

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

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych(Dz.U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** **„Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** |
|  |  |  |  |

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

 (Podpis)

*Załącznik nr 8 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia:**„Remont sal chorych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu: sali „ A”, separatki, pomieszczenia nadzoru pielęgniarskiego, pomieszczenia socjalnego w zakresie zmiany okładzin ściennych i posadzki z ceramicznej na wykładzinę homogeniczną odprowadzającą ładunki elektryczne” - Zp/62/TP/22.**

**Uwagi:**

1. W przypadku nie korzystania z podwykonawcy – proszę wpisać **„wszystko siłami własnymi”**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*