*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASORTYMENT**  **SZCZEGÓŁOWY** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **Remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

Przedmiotem zamówienia jest remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu:

Stan istniejący:

Dach budynku pokryty papą termozgrzewalną o powierzchni 900,00 m2 o projektowanym spadku 2 % do wewnątrz do koryta ściekowego biegnącego wzdłuż budynku pomiędzy ścianami attyki i zakończone awaryjnymi przelewami na zewnątrz budynku zamontowanymi na obu krawędziach koryta.

W korycie zabudowano trzy wpusty dachowe / GEBERIT / które odbierają wody opadowe z połaci dachu do wewnętrznej kanalizacji deszczowej.

Do budynku głównego dobudowano budynek o powierzchni dachu 180,00 m2 z którego wody opadowe zostały odprowadzone na dach budynku głównego.

Na połaci dachu widoczne miejsca naprawy pokrycia dachowego masą bitumiczną oraz łatami z papy termozgrzewalnej.

Zakres prac do wykonania:

1/ Ułożenie „styropapy” gr. 14 cm wraz z zgrzaniem łączy na powierzchni pomiędzy ścianami attyki, a istniejącym korytem ściekowym / za wyjątkiem powierzchniami dachu nad bunkrami/ - 900,00 m2

2/ Zamocowanie płyt jw. za pomocą dyblowania

3/ Ułożenie „izoklinów” po obwodzie attyki celem uzyskania spadków – 1900 mb

4/ Wyprofilowanie spadków w linii spływu wody w istniejącym korycie ściekowym na dwie strony do istniejących przelewów – 45,00x0,60 = 27,00 m2

5/ Przesmarowanie połaci dachu na całej powierzchni – 1 280,00 m2

6/ Ułożenie papy termozgrzewalnej na całej powierzchni dachu z wywinięciem na wys. 30 cm na ścianę attyki i zakończeniem listwą z blachy wciętą w attykę – 1 460,00 m2

**Wymagana wizja lokalna.**

**Ze względu na szkodliwe promieniowanie prace remontowe na dachu budynku Centrum Radioterapii będą mogły być wykonywane w dni robocze w godzinach popołudniowych (od godziny 16.00) oraz w dni wolne od pracy.**

*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 dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu*-* Zp/53/TP/23**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 Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednoosobowa 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 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 ubiegającego się 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 dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu *-* Zp/53/TP/23**, 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 dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu *-* Zp/53/TP/23**, 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 zależności 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 dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu *-* Zp/53/TP/23**, 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**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu *-* Zp/53/TP/23**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(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*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

**…………………**

**WYKAZ ZAWIERAJĄCY WSKAZANIE OSOBY, KTÓRA BĘDZIE PEŁNIĆ FUNKCJĘ KIEROWNIKA ROBÓT**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie usługi pn. **Remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu *-* Zp/53/TP/23** oświadczam, że w wykonywaniu zamówienia funkcję kierownika robót będzie pełnił:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcja**  **(Zakres czynności)** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe/ wykształcenie** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie**  **( data nabycia uprawnień)** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| 1. | **Kierownik robót** |  |  |  |  |  |

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

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

Przedmiot Zamówienia**:** **„Remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu” *-* Zp/53/TP/23.**

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

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

(Podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 9 do SWZ (jeżeli dotyczy)*

**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 dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu *-* Zp/53/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 10 do SWZ*

**PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZENIA WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa Wykonawcy

……………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy

……………………………………………………………………………………

Miejscowość ................................................ Data ................................................

Oświadczamy, że w dniu ………………………… dokonaliśmy wizji lokalnej i zapoznaliśmy się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz uzyskaliśmy informacje potrzebne do przygotowania oferty zgodnie z postanowieniami SWZ nr **Zp/53/TP/23 - Remont dachu budynku Centrum Radioterapii Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu*.***

Wszystkich niezbędnych informacji udzielił nam upoważniony pracownik Zamawiającego.

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

(data i podpis Wykonawcy)

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

(data i podpis Zamawiającego)