**Załącznik nr 1** **FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY** Dane dotyczące wykonawcyNazwa:…………………………………………................................................... Siedziba:………………………………………................................................... Adres poczty elektronicznej: ……….................................................... Strona internetowa:………………………................................................. Numer telefonu:……………………………….……........................................ Numer faksu:…………………………………………......................................... Numer REGON:……………………………….................................................Numer NIP:……………………………………………………………………………………

Numer KRS: …………………………………………………………………………………

**Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.ul. Szpitalna 244-120 Pyskowice**

Zobowiązania wykonawcy:

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: : **Sp/AZP/382/5/poza/2023r.** nazwa zadania**: Obsługa informatyczna Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o.** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

**Cena oferty łączna**

cena netto.............................................................................................................zł (słownie: ................................................................................................................)podatek VAT..........................................................................................................złcena brutto............................................................................................................zł(słownie: ................................................................................................................)................................................................................................................................)

**Oświadczam, że:**Wykonam zamówienie publiczne systematycznie w przeciągu 12 miesięcy od dnia podpisania umowy. Zobowiązuję się do rozwiązywania bieżących problemów w czasie do 2 godzin w dni robocze oraz do 6 godzin w weekendy i święta. Dysponuję zasobami ludzkimi określonymi w SWZ. Termin płatności 30 dni.

**Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.2. Oferowane przez nas usługi i materiały spełniają wymagania określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia3. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.

Dokumenty:Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam: ……………………………………………………………….……………………………………………………………….……………………………………………………………….

Zastrzeżenie wykonawcy:

……………………………………………………………….

Inne informacje wykonawcy: ……………………………………………………………….……………………………………………………………….

.................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)

Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

 W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

**Sp/AZP/382/5/poza/2023r. Obsługa informatyczna Szpitala w Pyskowicach Sp. z o. o.** oświadczam(y), co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

1. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że na dzień składania ofert reprezentowany przeze mnie Wykonawca NIE PODLEGA wykluczeniu 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |

Oświadczam(y), że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6 lub 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/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |