Załącznik nr 3

 **FORMULARZ OFERTY**

**I. DANE WYKONAWCY:**

1.Pełna nazwa:......................................................................................................................................................

2.Adres prowadzenia działalności:......................................................................................................................

3.tel/fax/e-mail /EPUAP.......................................................................................................................................

4.Imię nazwisko\*: ..............................................................................................................................................

5.Adres zamieszkania\*: ......................................................................................................................................

6.NIP, REGON....................................................................................................................................................

**II. PRZEDMIOT OFERTY:**

**Oferta dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na świadczenie usług nadzoru autorskiego dla systemu aplikacyjnego AMMS i INFOMEDICA ogłoszonego przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu, ul. Batorego 17/19, 87-100 Toruń**

**III. OKREŚLENIE WARTOŚCI OFERTY /ogółem / - wartość netto** Określenie wartości /cyfrowo/.............................................................................................................................

/słownie złotych/..................................................................................................................................................

**IV. OKREŚLENIE WARTOŚCI OFERTY /ogółem / - wartość brutto**

Określenie wartości /cyfrowo/.............................................................................................................................

/słownie złotych/..................................................................................................................................................

**V.ZAMIERZAMY POWIERZYĆ: 1)WYKONANIE NASTĘPUJACYCH CZĘŚCI ZAMÓWIENIA,**

**2) NASTĘPUJĄCEMU PODWYKONAWCY\*\***..........................................................................................

 /podać część zamówienia jaką wykona podwykonawca i podać podwykonawcę/

**VI.OKRESLIĆ PUNKT SERWISOWY ODPOWIEDZIALNY ZA PRZYJMOWANIE ZGŁOSZEŃ O WADACH, USTERKACH (adres, telefon, fax)** ..................................................

**VII. WYKONAWCA JEST\*\*\*:**

[ ]  mikroprzedsiębiorstwem

[ ]  małym przedsiębiorstwem

[ ]  średnim przedsiębiorstwem

[ ]  jednoosobowa działalność gospodarcza

[ ]  osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej

[ ]  inny rodzaj

 **Zgodnie z Rozdziałem 21 SWZ**

**VIII.TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**..............................................................................................................\*wypełniają Wykonawcy będące osobami fizycznymi

\*\* wypełnić o ile dotyczy

\*\*\* zaznaczyć X

W załączeniu: /wymienić załączniki/

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

 podpis w formie elektronicznej lub
w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem osobistym

lub podpisem zaufanym pod rygorem nieważności

Załącznik nr 4

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w w Toruniu**

**ul. Batorego 17/19
87-100 Toruń**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenia Wykonawcy składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych dotyczące niepodleganiu wykluczeniu z postępowania**

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr SSM.DZP.200.200.2023:**

 **Świadczenie usług nadzoru autorskiego dla systemu aplikacyjnego AMMS i INFOMEDICA**

**prowadzonego przez:**

**Specjalistyczny Szpital Miejski im.M.Kopernika w Toruniu**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy uPZP.

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1497 ze zm.) .

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………………………………………………………………….………..… ustawy PZP

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust.2 ustawy PZP podjąłem następujące czynności:

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, 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 podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów…………………………………………………w następującym zakresie: ………………………………………………… (wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

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

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: …………………………………………………………………………………………..…………………..……

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**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.

Data: ……………………. r. ……………………………

 podpis w formie elektronicznej lub
w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem osobistym lub podpisem zaufanym pod rygorem nieważności

Załącznik nr 5

*Oświadczenie składane na wezwanie zamawiającego*

**Specjalistyczny Szpital Miejski im.M.Kopernika w w Toruniu**

**ul. Batorego 17/19
87-100 Toruń**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko
/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenia Wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr SSM.DZP.200.200.2023:**

 **Świadczenie usług nadzoru autorskiego dla systemu aplikacyjnego AMMS i INFOMEDICA**

**prowadzonego przez:**

**Specjalistyczny Szpital Miejski im.M.Kopernika w Toruniu**

**Oświadczam, że podane informacje zawarte** w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp i art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1497 ze zm.) w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania są aktualne.

Data: ………….……. r.

 …………………………………………

 podpis w formie elektronicznej lub
w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem osobistym lub podpisem zaufanym pod rygorem nieważności