# Załączniki

## **Załącznik nr 1. Formularz oferty**

**Załą**cznik nr 1 do SIWZ Formularz oferty Znak sprawy: GOPS.261.9.2017

**Gmina Świlcza**

**36-072 Świlcza 168**

OFERTA

Złożona przez Wykonawcę, którego reprezentuję, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych pn.:

**Dostawa sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego do wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego przy Gminny Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy w ramach projektu pn.: "Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców gminy Świlcza"**

|  |
| --- |
| 1. DANE WYKONAWCY:   Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:  ……………………………………………………………………………………………………  Wykonawca/Wykonawcy:  Adres:  NIP: REGON:  Prowadzącego działalność gospodarczą na podstawie wpisu do ……… (podać nazwę *rejestru np. CEIDG, KRS)* pod numerem *(jeżeli dotyczy)*  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:  Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:  faks  e-mail  Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby):  ……………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA   Wykonawca oferuje realizację zamówienia na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) za cenę brutto1):  Cena ofertowa brutto: ……………….………….…….….. zł  Słownie brutto: ……………………………………………………………………………..  1) CENA brutto stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ.  **Wykonawca składa wraz z ofertą szczegółowe wyliczenie ceny oferty  (załącznik 1a)** |

|  |
| --- |
| 1. OFEROWANY OKRES GWARANCJI   Oferowany okres gwarancji na całość przedmiotu zamówienia: minimum 12 miesięcy, maksymalnie 36 miesięcy od dnia odbioru przedmiotu umowy.  Okres gwarancji wskazuję poniżej:  Okres gwarancji: ………….............................................................................. miesięcy.  (Określić jaki okres gwarancji od dnia odbioru przedmiotu umowy: 12, 18, 24, 30 lub 36 miesięcy) |

|  |
| --- |
| 1. OŚWIADCZENIA 2. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w siwz. 3. Oświadczam, iż zapoznałem się z postanowieniami siwz i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uznaję się za związanego określonymi w niej zasadami postępowania. 4. Oświadczam, że zawarte w siwz istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na tych warunkach – w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. 5. Oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert. 6. Oświadczamy, że zaoferowany przez nas sprzęt odpowiada minimalnym parametrom określonym przez Zamawiającego. |

|  |
| --- |
| 1. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA: 2. Wykonawca zobowiązuje się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. Wykonawca zobowiązuje się do wniesienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości 5 % łącznej ceny ofertowej brutto; 4. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest …………………………………………………………………..   tel. /fax e-mail: ……………………………………..   1. ………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| G. SPIS TREŚCI:  Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. …………………………………………………………………………………………………………….. 2. …………………………………………………………………………………………………………….. 3. …………………………………………………………………………………………………………….. 4. ……………………………………………………………………………………………………………..   Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach. |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  (Pieczęć Wykonawcy) | ……………………………………………………………………  (Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

### **Załącznik 1a**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szczegółowe wyliczenie ceny oferty Dostawa sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego do wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego przy Gminny Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy w ramach projektu pn.: "Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców gminy Świlcza"** | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **NAZWA** | **OPIS GŁÓWNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **Potwierdzam spełnienie wymogów Zamawiającego** | **Model/ symbol/**  **producent** | **ILOŚĆ** | ***Cena jedn. netto***  ***[zł]*** | ***Wartość pozycji netto***  ***[zł]*** | ***VAT*** | | ***Wartość pozycji brutto***  ***[zł]*** |
| ***%*** | ***kwota***  ***[zł]*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 | **Skuter inwalidzki elektryczny** | Skuter powinien zapewniać możliwość poruszania się zarówno w pomieszczeniach jak i w terenie. Powinien posiadać:   * regulację kierownicy, * regulację kąta oparcia fotela, * obracany fotel, * kosz na zakupy, * pas bezpieczeństwa, * fotel z zagłówkiem, * oświetlenie drogowe, * lusterka wsteczne, * prędkość minimum 12 km/h, * nośność minimum 140 kg * możliwość rozłożenia i transportu w częściach, * napęd elektryczny zapewniający po jednym ładowaniu pokonanie dystansu co najmniej 20 km |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | **Lampa do światłoterapii ze statywem** | Lampa powinna posiadać statyw oraz:   * średnicę co najmniej 5 cm, * długość fali 480-3400nm, * polaryzację >95%, * gęstość mocy śr. 40mW/cm2, * moc żarówki 20 W, * klasa ochrony II, IP20 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Łóżko rehabilitacyjne zdalnie sterowane** | Łóżko powinno być wykonane z kształtowników stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne  Łóżko powinno posiadać:   * czterosegmentowe leże * elektryczną regulację wysokości całego leża * elektryczną regulację wysokości leża od strony głowy * elektryczną regulacje kąta nachylenia oparcia * elektryczną regulację części udowej * elektryczną lub manualną regulację części podudzi * barierki boczne drewniane, opuszczane * leże drewniane/rama wypełniona listwami sprężynującymi * fronty łóżka (od strony głowy i nóg) drewniane lub z płyty meblowej * wysięgnik z uchwytem * uchwyty podtrzymujące materac * kółka z blokadami * system transportowy * wymiary leża co najmniej 90x200 cm * możliwość użytkowania przez osobę o wadze co najmniej 120 kg |  |  | 28 |  |  |  |  |  |
| 4 | **Podnośnik pacjenta** | Podnośnik powinien posiadać:   * sterowanie elektryczne, * konstrukcję umożliwiającą podnoszenie z łóżka, z wózka i z pozycji podłogi, * koła z blokadą, * regulację rozstawu ramy, * możliwość użytkowania przez osobę o wadzę co najmniej 150 kg * szerokość podstawy po złożeniu 54 cm (+/- 2 cm) |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 5 | **Wózek inwalidzki składany** | Wózek powinien posiadać:   * wzmocnioną ramę z podwójnym krzyżakiem, * ramę stalową, * szybkozłącze, * odchylane podłokietniki, * odczepiane podnóżki, * zmywalną tapicerkę, * szerokość siedziska: 3 wózki - 46 cm, 7 wózków - 51 cm (+/- 2 cm) * możliwość użytkowania przez osobę o wadze co najmniej 120 kg |  |  | 10 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Krzesło toaletowe** | Krzesło powinno posiadać:   * stalową, chromowaną konstrukcję, * regulowana wysokość, * możliwość naprowadzania bez pojemnika na toaletę, * pojemnik sanitarny i deskę z klapą, * składaną ramę, * wysokość siedziska od podłoża: 43-55 cm, * wymiar siedziska :43-47 cm x 38-42 cm, * możliwość użytkowania przez osobę o wadze co najmniej 100 kg |  |  | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | **Orteza stawu biodrowego** | Obustronna orteza powinna:   * składać się z części biodrowej i udowej z szyną boczną, * posiadać regulację długości szyn udowych, * posiadać regulację zakresu ruchomości stawów/kąt zgięcia i wyprostu co 15 stopni, * mieć rozmiar uniwersalny |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 8 | **Orteza stawu skokowego** | Orteza stopowo-goleniowa powinna posiadać:   * regulację kata zgięcia, * usztywnienie w formie szyny stabilizującej, * zapinanie na rzepy, * zastosowanie uniwersalne/dla prawej i lewej strony, * rozmiar M - 1 szt., rozmiar L - 1 szt. |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 9 | **Orteza kończyny dolnej** | Orteza całej kończyny dolnej powinna posiadać:   * otwartą konstrukcję, * stabilizację dwuszynową boczną, * zapinanie na rzepy, * możliwość regulacji długości szyn bocznych, * możliwość regulacji zgięcia (0° - 105°, co 15 ° ) i wyprostu (-15°- 90°, co 15 °), * zastosowanie uniwersalne/dla prawej i lewej strony, * rozmiar uniwersalny |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 10 | **Orteza stawu barkowego - aparat odwodzący kończynę górną** | Orteza z regulacją odwiedzenia stawu barkowego powinna posiadać:   * rozpinany rękaw ramienny i pas piersiowy, * system regulacji uniesienia barku, * system regulacji przywiedzenia i odwiedzenia barku, * zastosowanie uniwersalne/dla prawej i lewej strony, * rozmiar uniwersalny |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 11 | **Ergometr elektromagnetyczny - wioślarz** | Urządzenie powinno posiadać:   * system napędowy: cięgno linowe, * elektroniczną regulację oporu, * 10 stopniowe obciążenie, * możliwość użytkowania przez osobę o wadze minimum 120 kg, * wyświetlacz LCD * funkcje komputera co najmniej: czas, dystans, spalone kalorie, puls. * minimum 8 programów treningowych, * możliwość składania |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 12 | **Bieżnia elektryczna** | Urządzenie powinno posiadać:   * pas biegowy o wymiarach co najmniej 140 x 45 cm, (+/- 2 cm ), * system amortyzacji i pochłaniania drgań. * moc silnika minimum 2,5 KM * maksymalną prędkość minimum 16 km/h * czujniki tętna naręczne/wbudowane w uchwyty * funkcje komputera co najmniej: czas, dystans, prędkość, [**spalone kalorie**](http://www.bieznietreningowe.pl/jak-cwiczyc/wydatek-energetyczny/#_blank)**,** tętno * co najmniej 12 programów treningowych * kółka transportowe * [**przyciski szybkiego wyboru**](http://www.bieznietreningowe.pl/jak-cwiczyc/przyciski-szybkiego-wyboru-predkosci-i-nachylenia/#_blank) prędkości i nachylenia * programy sterowane nachyleniem * możliwość użytkowania przez osobę o wadze minimum 120 kilogramów |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 13 | **Krąg przeciwodleżynowy gumowy** | Krąg powinien posiadać:   * możliwość napompowania, * średnicę 42 cm, (+/- 2 cm) * wymienny pokrowiec z możliwością prania |  |  | 10 |  |  |  |  |  |
| 14 | **Rotor rehabilitacyjny** | Urządzenie powinno:   * umożliwiać jednoczesną rehabilitację rąk i nóg, * być wolnostojące, * posiadać regulację kąta nachylenia, * posiadać regulację oporu, * być zespolone z siedziskiem, * możliwość ćwiczenia w wózku inwalidzkim |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 15 | **Stabilizator kolana** | Urządzenie powinno:   * być wykonane z oddychającego materiału, * posiadać regulację zakresu ruchomości zgięcia oraz wyprostu, * posiadać wyjmowane taśmy dociągowe * posiadać szyny boczne z płaskim zegarem, * być zapinane na rzepy z otworem na kolano * rozmiar M - 1 stabilizator, rozmiar L - 1 stabilizator |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 16 | **Materac mata masująca** | Materac powinien posiadać:   * funkcję grzania, * co najmniej 3 strefy masażu, * co najmniej 5 trybów masażu, * co najmniej 2 poziomy siły masażu, * obsługę za pomocą pilota |  |  | 10 |  |  |  |  |  |
| 17 | **Materac pneumatyczny rurowy** | Materac powinien:   * posiadać konstrukcję rurową, * posiadać 16-17 komór, * być wykonany z PCV, * posiadać cichą pompę z regulacją ciśnienia, * po napompowaniu posiadać wymiary max. 190 x 85 x 11 cm (+/- 5 cm) * możliwość użytkowania przez osobę o wadze co najmniej 140 kg |  |  | 20 |  |  |  |  |  |
| 18 | **Elektrostymulator** | Elektrostymulator powinien posiadać;   * zasilanie sieciowe, * zasilanie bateryjne, * co najmniej 6 kanałów stymulacji i 12 elektrod, * funkcję wprowadzania leku w postaci maści lub płynu, * co najmniej 5 programów do elektrostymulacji, w tym TENS, EMS, jonoforeza, mikroprądy oraz na mięśnie odnerwione, * możliwość wykonania zabiegu termoterapii oraz elektroakupunktury * podświetlany wyświetlacz LCD * w zestawie: głowicę do ultrasonoterapii, głowicę laserową, elektrody punktowe, okulary, elektrody do jonoforezy - 4 sztuki |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 19 | **Pas lędźwiowy ortopedyczny** | Wysoki sztywny pas lędźwiowo-krzyżowy powinien:   * być wykonany z elastycznego materiału, * posiadać stalki dopasowane do anatomicznych krzywizn kręgosłupa, * posiadać zapięcia/sznurowania umożliwiające dopasowanie do sylwetki, * posiadać mechanizm umożliwiający regulację siły docisku, * rozmiar M - 1 szt., rozmiar L - 1 szt., rozmiar XL - 1 szt. |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 20 | **Rolmasaż** | Urządzenie do użytku domowego. Powinno posiadać:   * udźwig bębna co najmniej 120 kg, * zabezpieczenie przed wciąganiem pod bęben, * płynną regulację obrotu silnika, * bieg wsteczny, * moc silnika 0,25kW, * wymiary co najmniej 890/500/630 mm |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 21 | **Szyny najazdowe** | Aluminiowe rampy podjazdowe wysuwane teleskopowo powinny posiadać:   * antypoślizgowe powierzchnie jezdne, * długość po złożeniu maksymalnie 113 cm (+/- 2 cm), * długość po rozłożeniu co najmniej 200 cm (+/- 2 cm),, * szerokość powierzchni jezdnej co najmniej 19 cm, * nośność minimalną 210 kg |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 22 | **Orbitrek** | Orbitrek powinien posiadać co najmniej:   * rodzaj oporu: elektromagnetyczny, * rolki transportowe, * programy treningowe (co najmniej 8), * co najmniej 16 stopniowe obciążenie, * czujniki tętna naręczne/wbudowane w uchwyty, * funkcje komputera co najmniej: czas, prędkość, dystans, wydatek energetyczny/kalorie, tętno, * możliwość użytkowania przez osobę o wadze minimum 130 kg |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 23 | **Elektrostymulator - masażer** | Urządzenie powinno posiadać:   * 2 kanały elektrostymulacji, * co najmniej 30 programów treningowych, w tym przynajmniej 4 programy masażu, * technologię bezprzewodową, * w zestawie: ładowarkę, sterownik bezprzewodowy, 2 moduły, elektrody, kabel USB, stację dokującą. |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
| 24 | **Rower magnetyczny poziomy** | Rower powinien posiadać:   * rodzaj oporu: elektromagnetyczny * opór koła zamachowego minimum 8 kg, * co najmniej 8 stopniową regulację oporu, * funkcje komputera co najmniej: czas, prędkość, dystans, wydatek energetyczny/kalorie, tętno, * rolki transportowe, * czujniki tętna naręczne/wbudowane w uchwyty, * poziomą regulację siodełka, * antypoślizgowe pedały z paskami, * możliwość użytkowania przez osobę o wadze minimum 150 kg |  |  | 4 |  |  |  |  |  |
| 25 | **Stepper skrętny** | Stepper powinien posiadać:   * tryb: w górę i w dół z ruchem skrętnym, * regulacja wysokości pedałów, * siłowniki hydrauliczne, * gumy/linki treningowe, * funkcje komputera co najmniej: czas, wydatek energetyczny/kalorie, liczbę kroków, liczbę kroków/minutę, puls, * czujniki tętna, * możliwość użytkowania przez osobę o wadze minimum 120kg |  |  | 4 |  |  |  |  |  |
| 26 | **Rower rehabilitacyjny** | Rower powinien posiadać:   * zasilanie sieciowe, * opór magnetyczny, * 32 stopniową, elektroniczną regulację oporu, * regulację siodełka: w pionie i poziomie, * regulację kata nachylenia kierownicy, * rolki transportowe, * funkcje komputera co najmniej: czas, prędkość, dystans, wydatek energetyczny/kalorie, tętno, * akustyczną sygnalizację przekroczenia tętna, * czujniki tętna naręczne/wbudowane w kierownicę, * programy treningowe (co najmniej 5, w tym programy użytkownika), * możliwość użytkowania przez osobę o wadze minimum 130 kg |  |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 27 | **Poduszka ortopedyczna** | Poduszka powinna:   * być wykonana z pianki poliuretanowej/termoelastycznej, * być profilowana, * posiadać wymienną poszewkę zewnętrzną (z możliwością prania) oraz stałą wewnętrzną, * wymiary: długość 56 cm +/- 20mm, szerokość 34 cm +/- 20mm, wysokość 12/8 cm +/- 20mm |  |  | 7 |  |  |  |  |  |
| 28 | **Materac zmiennociśnieniowy przeciwodleżynowy** | Materac powinien:   * posiadać konstrukcję bąbelkową, * być wykonany z PCV, * posiadać cichą pompę z regulacją ciśnienia, * po napompowaniu posiadać wymiary max. 200x 90 x 6,5 cm (+/- 5 cm) * możliwość użytkowania przez osobę o wadze co najmniej 120 kg |  |  | 5 |  |  |  |  |  |
| **Razem za całość [zł]:** | | | | | | |  | **xxx** |  |  |

***Słownie brutto za całość: ……………..…………………………………………….……………………………… złotych***

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

(Pieczęć Wykonawcy) (Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

## **Załącznik nr 2. Oświadczenie**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE** |  |
|  | Pieczęć firmowa lub nazwa i adres Wykonawcy |

Dotyczy postępowania:

Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego:

Dostawa sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego do wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy w ramach projektu pn.: „Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców Gminy Świlcza

Numer referencyjny nadany sprawie przez zamawiającego: GOPS.261.9.2017

1. Informacje na temat wykonawcy, innych podmiotów, podwykonawców

* 1. Informacje ogólne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Odpowiedź: | |
| Czy wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem?  (niepotrzebne skreślić) | TAK | NIE |

|  |
| --- |
| Wykonawca reprezentowany jest przez *(podać imię, nazwisko, stanowisko / podstawa do reprezentacji):* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Rodzaj uczestnictwa | | Odpowiedź: | |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami? (niepotrzebne skreślić) | | TAK | NIE |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili oddzielne oświadczenia | | | |
| Jeżeli tak:  a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, pełnomocnik, członek konsorcjum, wspólnik spółki cywilnej itp.): | |  | |
| b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia (nazwa i adres): | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

* 1. Informacje dotyczące podwykonawców

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy wykonawca zamierza zlecić podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? (niepotrzebne skreślić) | | | TAK | NIE |
| Jeżeli tak:  Proszę wskazać części zamówienia, których wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom i podać firmy podwykonawców | | |  | |
| 1 | Firma podwykonawcy: | Cześć zamówienia: |
| 2 | Firma podwykonawcy: | Cześć zamówienia: |  | |
| 3 | Firma podwykonawcy: | Cześć zamówienia: |  | |

2. Oświadczenia:

Przystępując do postępowania o udzielenia zamówienia publicznego pn.: Dostawa sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego do wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego przy Gminny Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy w ramach projektu pn.: "Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców gminy Świlcza"

nr sprawy GOPS.261.9.2017, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie wykonawcy, niniejszym - zgodnie z wymogami art. 25a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.) - oświadczam, że (odpowiednie zaznaczyć - w puste pole wpisać znak „X"):

* wykonawca ten nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 13-22 ustawy jak wyżej;
* w stosunku do wykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania na

podstawie art. 24 ust. 1 pkt ustawy jak wyżej (podać mającą zastosowanie

podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 ustawy jak wyżej), a w pozostałym zakresie wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania,

□ jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy jak wyżej podjąłem następujące środki naprawcze:

Opis powziętych środków naprawczych:

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

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 i data]

[parafka(i) i imienna(e) pieczątka(i) (lub czytelny/e podpis/y) osoby(osób) uprawnionej(ych) do składania oświadczeń wiedzy/ woli w zakresie praw i obowiązków majątkowych wykonawcy

**Załącznik nr 3**

**Zamawiający:**

Nazwa: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świlczy

adres: 36-072 Świlcza 168

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

w rozumieniu art. 4 pkt 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tj. Dz. U. 2015 poz. 184 ze zm.), o której mowa w art. 24 ust. 11 w związku z art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy Pzp.

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn.:

**Dostawa sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego do wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego przy Gminny Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy w ramach projektu pn.: "Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców gminy Świlcza"**

**nr GOPS.261.9.2017,**

*Imię i nazwisko* ..........................................................................................................

reprezentując firmę (nazwa Wykonawcy) ...................................................................

z siedzibą w ...........................................................................................................

jako – upoważniony na piśmie lub wpisany w rejestrze ................................................

w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy, oświadczam, że:

1. Nie należymy do grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu*\**.
2. Należymy do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu i przedkładamy w załączeniu listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*\* .*

*UWAGA:*

*1. Należy wymienić podmioty z grupy kapitałowej podając ich nazwę/y oraz adres/y siedziby/siedzib*

*2. W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca składa dowody potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.*

*\* niepotrzebne skreślić*

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

…………………………………………

*(podpis)*

*UWAGA:*

*Wykonawca składa niniejszy dokument w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego informacji z otwarcia ofert na stronie internetowej www.swilcza.i-gmina.pl; (zakładka BIP; Zamówienia Publiczne;) art. 86 ust.5 Pzp)*

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oświadczenie składa każdy z Wykonawców osobno.*