***Załącznik nr 1 do SIWZ***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie……..**

Oświadczam, że spełniam warunki przedstawione w art.22. ust.1. ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29.01.2004 r., gdyż:

1) posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;

2) posiadam wiedzę i doświadczenie;

3) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;

4) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowe zapewniającej wykonanie zamówienia;

PODPIS WYKONAWCY

Data………………… ..……………………………………………

***Załącznik nr 2 do SIWZ***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie……..**

1. **Wykonawca oświadcza, że będzie/nie będzie\* korzystał z zasobu podmiotu trzeciego na zasadach określonych w art. 26 ust. 2bustawy p.z.p w następującym zakresie:**

**…………………………………………………………………………………………………………….\*\***

1. **Wykonawca oświadcza, że podmiot trzeci, który udostępnia zasoby będzie/nie będzie\* brał udziału w realizacji zamówienia w zakresie:**

**……………………………………………………………………………………………………………..\*\***

1. **Wykonawca oświadcza, że będzie/nie będzie\* korzystał z podwykonawców. Wykonawca powierzy podwykonawcom następujące zadania: ………………………………………………………………………………………………….…\*\***

**Data PODPIS WYKONAWCY**

**………………………………. ………………………………………..**

**\* niepotrzebne skreślić**

**\*\*wypełnić jeśli dotyczy**

***Załącznik nr 3 do SIWZ***

**OŚWIADCZENIE**

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie………………………..**

**Oświadczam o braku podstaw do wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych ( tj. - Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.)**

Data PODPIS

**………………………………. ………………………………………..**

***Załącznik nr 4 do SIWZ***

**WYKAZ SPALARNI ODPADÓW MEDYCZNYCH**

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie………………………..**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Dysponuję niżej wymienioną spalarnią odpadów medycznych, w której będą utylizowane odpady odbierane od Zamawiającego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa, adres spalarni** | **Podstawa dysponowania** |
| 1 |  |  |

Data PODPIS

**………………………………. ………………………………………..**

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**WYKAZ KIEROWNIKÓW SPALARNI,**

**W KTÓREJ BĘDĄ UTYLIZOWANE ODPADY**

**ODBIERANE OD ZAMAWIAJĄCEGO**

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie………………………..**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Dysponuję niżej kierownikami spalarni, którzy będą brały udział w realizacji zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nr świadectwa stwierdzającego kwalifikacje w zakresie gospodarowania odpadami** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

Oświadczam, że w/w osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

Data PODPIS

**………………………………. ………………………………………..**

***Załącznik nr 6 do SIWZ***

WYKAZ MONITOROWANYCH ŚRODKÓW TRANSPORTU

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie………………………..**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Dysponuję niżej wymienionymi pojazdami, które będą brały udział w realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka i nr rejestracyjny pojazdu** | **Podstawa dysponowania** | **Sposób monitorowania (np. GPS)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

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

**(Podpis i pieczątka osoby upoważnionej**

**do reprezentowania firmy)**

***Załącznik nr 7 do SIWZ***

**WYKAZ OSÓB Z UPRAWNIENIAMI ADR, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ   
W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Nr sprawy 25/P/1-4/2014**

**Zadanie………………………..**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Dysponuję niżej wymienionymi osobami, które będą brały udział w realizacji zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nr zaświadczenia  z przeszkolenia ADR** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

Oświadczam, że w/w osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

Data PODPIS

**………………………………. ………………………………………..**

/PIECZĘĆ WYKONAWCY/

***Załącznik nr 8A do SIWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zadanie 1**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego poniżej 134 000 EURO (nr sprawy 25/P/1-4/2014) na: **„Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 1: miejsce wytwarzania – Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9 – odpady o kodzie 18 01 03 w ilości 60 000 kg oraz odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 60 000 kg,**

**Zadanie 2: miejsce wytwarzania – Legnica ul. Iwaszkiewicza 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 800 kg,**

**Zadanie 3: miejsce wytwarzania – Lubin ul. Bema 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 600 kg,**

**Zadanie 4: miejsce wytwarzania – Głogów ul. Kościuszki 15 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 4 800 kg”**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

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

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

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

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

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

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

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer fax-u:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

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

**6. NIP**……………………………………

**7. REGON**……………………………..

**8.adres e-mail**………………………………………………………………………………..

**9.strona internetowa**…………………………………………………………………………

**1. Składamy ofertę na Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 1: miejsce wytwarzania – Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9 – odpady o kodzie 18 01 03 w ilości 60 000 kg oraz odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 60 000 kg,**

zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 25/P/1-4/2014

**2.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj odpadów** | **Cena netto**  **za 1 kg** | **Ilość kg** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| **18 01 03** |  | **60 000** |  |  |  |
| **18 01 02** |  | **60 000** |  |  |  |
| **razem** | | |  |  |  |

**3. Wartość oferty netto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

**4. Wartość oferty brutto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

1. Oświadczamy, że zamierzamy unieszkodliwiać odpady medyczne w instalacji  położonej w ……………………………………………………………………………………………… (adres instalacji) w województwie ……………………………………….….…, tj. w odległości ………….. km od miejsca wytwarzania, która na dzień złożenia oferty posiada wole moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że dysponujemy środkami transportu umożliwiającymi wykonywanie usługi odbioru i wywozu odpadów medycznych z zastrzeżoną przez Zamawiającego częstotliwością odbioru zgodnie  
   z obowiązującym prawem.

7. Oświadczam, że dysponuję pracownikami z odpowiednimi kwalifikacjami do przewozu odpadów niebezpiecznych.

8. Oświadczamy, że część zamówienia, a mianowicie…………………………………………, powierzymy podwykonawcom\*. / Oświadczamy, że żadną z części zamówienia nie powierzymy podwykonawcom\*

*\* (niepotrzebne skreślić)!!!*

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

10. Oświadczamy, że należymy/nie należymy\* do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp.

**\*niepotrzebne skreślić**

*(W przypadku, gdy Wykonawca oświadczy, że należy do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 pzp składa dokument wymagany w SIWZ rozdział III pkt A) ppkt 5.)*

11. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

13. Oświadczamy, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr………………………, niniejsza oferta oraz wszystkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

14. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie: ………………………………. …………………………………………………

(proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)

15. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

16. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w SIWZ nr 25/P/1-2/2014 oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

17.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:   
…………………………………

…………………………………

…………………………………

18. Ofertę składamy na ………………. kolejno ponumerowanych stronach/kartkach

19. Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SIWZ:

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

/DATA, PIECZĘĆ, PODPIS WYKONAWCY/

/PIECZĘĆ WYKONAWCY/

***Załącznik nr 8B do SIWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zadanie 2**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego poniżej 134 000 EURO (nr sprawy 25/P/1-4/2014) na: **„Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 1: miejsce wytwarzania – Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9 – odpady o kodzie 18 01 03 w ilości 60 000 kg oraz odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 60 000 kg,**

**Zadanie 2: miejsce wytwarzania – Legnica ul. Iwaszkiewicza 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 800 kg,**

**Zadanie 3: miejsce wytwarzania – Lubin ul. Bema 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 600 kg,**

**Zadanie 4: miejsce wytwarzania – Głogów ul. Kościuszki 15 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 4 800 kg”**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

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

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

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

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

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

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

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer fax-u:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

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

**6. NIP**……………………………………

**7. REGON**……………………………..

**8.adres e-mail**………………………………………………………………………………..

**9.strona internetowa**…………………………………………………………………………

**1. Składamy ofertę na Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 2:** **miejsce wytwarzania – Legnica ul. Iwaszkiewicza 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 800 kg**

zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 25/P/1-4/2014

**2.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj odpadów** | **Cena netto**  **za 1 kg** | **Ilość kg** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| **18 01 02** |  | **3 800** |  |  |  |
| **razem** | | |  |  |  |

**3. Wartość oferty netto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

**4. Wartość oferty brutto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

5.Oświadczamy, że zamierzamy unieszkodliwiać odpady medyczne w instalacji  położonej w ………………………………………………………………………………….… (adres instalacji) w województwie ……………………………..…………….…, tj. w odległości ………….. km od miejsca wytwarzania, która na dzień złożenia oferty posiada wole moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego.

6.Oświadczamy, że dysponujemy środkami transportu umożliwiającymi wykonywanie usługi odbioru i wywozu odpadów medycznych z zastrzeżoną przez Zamawiającego częstotliwością odbioru zgodnie  
z obowiązującym prawem.

7. Oświadczam, że dysponuję pracownikami z odpowiednimi kwalifikacjami do przewozu odpadów niebezpiecznych.

8. Oświadczamy, że część zamówienia, a mianowicie…………………………………………, powierzymy podwykonawcom\*. / Oświadczamy, że żadną z części zamówienia nie powierzymy podwykonawcom\*

*\* (niepotrzebne skreślić)!!!*

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

10. Oświadczamy, że należymy/nie należymy\* do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp.

**\*niepotrzebne skreślić**

*(W przypadku, gdy Wykonawca oświadczy, że należy do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 pzp składa dokument wymagany w SIWZ rozdział III pkt A) ppkt 5.)*

11. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

13. Oświadczamy, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr………………………, niniejsza oferta oraz wszystkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

14. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie: ………………………………. …………………………………………………

(proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)

15. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

16. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w SIWZ nr 25/P/1-2/2014 oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

17.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:   
…………………………………

…………………………………

…………………………………

18. Ofertę składamy na ………………. kolejno ponumerowanych stronach/kartkach

19. Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SIWZ:

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

/DATA, PIECZĘĆ, PODPIS WYKONAWCY/

/PIECZĘĆ WYKONAWCY/

***Załącznik nr 8C do SIWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zadanie 3**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego poniżej 134 000 EURO (nr sprawy 25/P/1-4/2014) na: **„Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 1: miejsce wytwarzania – Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9 – odpady o kodzie 18 01 03 w ilości 60 000 kg oraz odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 60 000 kg,**

**Zadanie 2: miejsce wytwarzania – Legnica ul. Iwaszkiewicza 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 800 kg,**

**Zadanie 3: miejsce wytwarzania – Lubin ul. Bema 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 600 kg,**

**Zadanie 4: miejsce wytwarzania – Głogów ul. Kościuszki 15 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 4 800 kg”**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

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

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

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

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

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

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

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer fax-u:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

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

**6. NIP**……………………………………

**7. REGON**……………………………..

**8.adres e-mail**………………………………………………………………………………..

**9.strona internetowa**…………………………………………………………………………

**1. Składamy ofertę na Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 3:** **miejsce wytwarzania – miejsce wytwarzania – Lubin ul. Bema 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 600 kg**

zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 25/P/1-4/2014

**2.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj odpadów** | **Cena netto**  **za 1 kg** | **Ilość kg** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| **18 01 02** |  | **3 600** |  |  |  |
| **razem** | | |  |  |  |

**3. Wartość oferty netto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

**4. Wartość oferty brutto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

5.Oświadczamy, że zamierzamy unieszkodliwiać odpady medyczne w instalacji  położonej w …………………………………………………………………………………..…… (adres instalacji) w województwie ……………………………………………….…, tj. w odległości ………….. km od miejsca wytwarzania, która na dzień złożenia oferty posiada wole moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego.

6.Oświadczamy, że dysponujemy środkami transportu umożliwiającymi wykonywanie usługi odbioru i wywozu odpadów medycznych z zastrzeżoną przez Zamawiającego częstotliwością odbioru zgodnie  
z obowiązującym prawem.

7. Oświadczam, że dysponuję pracownikami z odpowiednimi kwalifikacjami do przewozu odpadów niebezpiecznych.

8. Oświadczamy, że część zamówienia, a mianowicie…………………………………………, powierzymy podwykonawcom\*. / Oświadczamy, że żadną z części zamówienia nie powierzymy podwykonawcom\*

*\* (niepotrzebne skreślić)!!!*

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

10. Oświadczamy, że należymy/nie należymy\* do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp.

**\*niepotrzebne skreślić**

*(W przypadku, gdy Wykonawca oświadczy, że należy do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 pzp składa dokument wymagany w SIWZ rozdział III pkt A) ppkt 5.)*

11. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

13. Oświadczamy, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr………………………, niniejsza oferta oraz wszystkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

14. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie: ………………………………. …………………………………………………

(proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)

15. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

16. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w SIWZ nr 25/P/1-2/2014 oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

17.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:   
…………………………………

…………………………………

…………………………………

18. Ofertę składamy na ………………. kolejno ponumerowanych stronach/kartkach

19. Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SIWZ:

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

/DATA, PIECZĘĆ, PODPIS WYKONAWCY/

/PIECZĘĆ WYKONAWCY/

***Załącznik nr 8D do SIWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zadanie 4**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego poniżej 134 000 EURO (nr sprawy 25/P/1-4/2014) na: **„Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 1: miejsce wytwarzania – Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9 – odpady o kodzie 18 01 03 w ilości 60 000 kg oraz odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 60 000 kg,**

**Zadanie 2: miejsce wytwarzania – Legnica ul. Iwaszkiewicza 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 800 kg,**

**Zadanie 3: miejsce wytwarzania – Lubin ul. Bema 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 600 kg,**

**Zadanie 4: miejsce wytwarzania – Głogów ul. Kościuszki 15 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 4 800 kg”**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

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

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

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

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

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

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

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer fax-u:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

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

**6. NIP**……………………………………

**7. REGON**……………………………..

**8.adres e-mail**………………………………………………………………………………..

**9.strona internetowa**…………………………………………………………………………

**1. Składamy ofertę na Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 4:** **miejsce wytwarzania – Głogów ul. Kościuszki 15 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 4 800 kg**

zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 25/P/1-4/2014

**2.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj odpadów** | **Cena netto**  **za 1 kg** | **Ilość kg** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| **18 01 02** |  | **4 800** |  |  |  |
| **razem** | | |  |  |  |

**3. Wartość oferty netto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

**4. Wartość oferty brutto wynosi:**

**Cyfrowo………………………………………………………………………………………..PLN**

**Słownie…………………………………………………………………………………………PLN**

5.Oświadczamy, że zamierzamy unieszkodliwiać odpady medyczne w instalacji  położonej w ………… …………………………………………………………………………….…………… (adres instalacji) w województwie ……………………………….…….…, tj. w odległości ………….. km od miejsca wytwarzania, która na dzień złożenia oferty posiada wole moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego.

6.Oświadczamy, że dysponujemy środkami transportu umożliwiającymi wykonywanie usługi odbioru i wywozu odpadów medycznych z zastrzeżoną przez Zamawiającego częstotliwością odbioru zgodnie  
z obowiązującym prawem.

7. Oświadczam, że dysponuję pracownikami z odpowiednimi kwalifikacjami do przewozu odpadów niebezpiecznych.

8. Oświadczamy, że część zamówienia, a mianowicie…………………………………………, powierzymy podwykonawcom\*. / Oświadczamy, że żadną z części zamówienia nie powierzymy podwykonawcom\*

*\* (niepotrzebne skreślić)!!!*

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

10. Oświadczamy, że należymy/nie należymy\* do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp.

**\*niepotrzebne skreślić**

*(W przypadku, gdy Wykonawca oświadczy, że należy do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 pzp składa dokument wymagany w SIWZ rozdział III pkt A) ppkt 5.)*

11. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

13. Oświadczamy, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr………………………, niniejsza oferta oraz wszystkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

14. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie: ………………………………. …………………………………………………

(proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)

15. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

16. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w SIWZ nr 25/P/1-2/2014 oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

17.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:   
…………………………………

…………………………………

…………………………………

18. Ofertę składamy na ………………. kolejno ponumerowanych stronach/kartkach

19. Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SIWZ:

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

/DATA, PIECZĘĆ, PODPIS WYKONAWCY/

***Załącznik nr 9 do SIWZ***

**UMOWA NR 25/P/1-4/2014- projekt**

Podpisana w dniu ………………..r. we Wrocławiu pomiędzy:

**Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu,**

**ul. Czerwonego Krzyża 5/9,**

**50-345 Wrocław**

zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia- Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000034677

zwanym w treści umowy „Zamawiającym”, w imieniu, którego działa:

**…………………………………………**

a:

…………………………………….

…………………………………………..

wpisana do Krajowego Rejestru Sadowego pod nr …………………. w Sądzie Rejonowym dla ………………………………………………

zwana dalej „Wykonawca” , którego reprezentuje:

……………………………………………………………

Niniejsza umowa została poprzedzona postępowaniem w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych (tekst jednolity - Dz.U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.) zwanej dalej „Ustawą” na:

**„Odbiór z miejsc wytwarzania, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu w okresie 24 miesięcy:**

**Zadanie 1: miejsce wytwarzania – Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9 – odpady o kodzie 18 01 03 w ilości 60 000 kg oraz odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 60 000 kg,**

**Zadanie 2: miejsce wytwarzania – Legnica ul. Iwaszkiewicza 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 800 kg,**

**Zadanie 3: miejsce wytwarzania – Lubin ul. Bema 5 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 3 600 kg,**

**Zadanie 4: miejsce wytwarzania – Głogów ul. Kościuszki 15 – odpady o kodzie 18 01 02 w ilości 4 800 kg”**

**– nr sprawy 25/P/1-4/2014**

Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia nr 25/P/1-4/2014 oraz oferta Wykonawcy z dnia …………. stanowią integralną część umowy, a postanowienia oraz oświadczenia w nich zawarte są dla Wykonawcy wiążące.

**§ 1**

**przedmiot umowy**

**1.1.** Wykonawca zobowiązuje się do odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych przez okres 24 miesięcy w asortymencie i w ilościach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia zgodnie z ofertą.

**1.2.** Niniejsza umowa obejmuje odpady o kodach: ……………. w ilości szacunkowej ……….. kg; ……………; w ilości szacunkowej ………….. kg.

**1.3.** Odbiór odpadów będzie odbywał się bezpośrednio z miejsc ich składowania, tj. z wydzielonych pomieszczeń (adres)………………………………………………………………………….. nie rzadziej niż ……….raz/razy w tygodniu w ilości :

ca ………………kg tygodniowo – od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 – 15

**1.3a**. Odpady ważone będą w pomieszczeniu przechowywania odpadów pochodzenia medycznego, przez Wykonawcę w obecności pracownika Zamawiającego, posiadającego zalegalizowaną wagę elektroniczną.

1.4. Transport odpadów medycznych odbywać się będzie monitorowanymi pojazdami przystosowanymi do transportu odpadów niebezpiecznych posiadającymi w tym względzie wszelkie upoważnienia zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (Dz.U z 2011 r. Nr 227, poz. 1367 ze zm.) oraz będzie obsługiwany przez wykwalifikowany personel.

**1.4a.** Osoba odbierająca odpady, na każde żądanie Zamawiającego, zobowiązana jest do okazania zaświadczenia ADR, a w przypadku braku dokumentu, Zamawiający odmówi wydania odpadów i przekaże transport odpadów innej firmie spełniającej wymagania Zamawiającego, której kierowcy posiadają zaświadczenie ADR, a kosztami wynikającymi z faktury obciąży Wykonawcę.

**1.5.** Każdorazowo zostanie sporządzona karta przekazania odpadów w 2 egzemplarzach po jednej dla każdej stron. Kartę sporządza Wykonawca. Wzór dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji reguluje Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. (Dz.U z 2010 r. ,Nr 249, poz. 1673)

**1.6.** Wykonawca gwarantuje, że przez cały okres obowiązywania umowy posiadać będzie aktualne zezwolenia na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy.

**1.7.** Utylizacja odpadów medycznych będzie odbywać się metodą termicznego przekształcania odpadów, w zakładzie utylizacji (adres zakładu)…………………………………………..o wydajności zapewniającej unieszkodliwienie odpadów odbieranych od Zamawiającego, w ilościach podanych w SIWZ.

**1.8.** Wykonawca potwierdza unieszkodliwienie odpadów wydając dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów zgodnie z art. 95 ust 13 ustawy o odpadach z dnia 14 grudnia 2012 i Rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 , poz .107

**1.9**. Usługa musi być zgodnie z obowiązującymi przepisami, normami oraz warunkami zawartymi w SIWZ.

**§ 2**

**wynagrodzenie i warunki płatności**

**2.1. Za wykonanie usługi za całość zamówienia odbioru, transportu i utylizacji odpadów pochodzenia medycznego ustala się ceny w wysokości:**

**Cena netto za 1 kg odpadu …………zł**

**2.1.aWartość netto ogółem (24 miesiące) ………………………… zł**

**(słownie: ………………………………………………………………………………………………………)**

**2.1.b Wartość brutto ogółem (24 miesiące) ………………………… zł**

**(słownie: ……………………………………………………………………………………………….……)**

**2.2.** Wartość, o której mowa w pkt 2.1b obejmuje między innymi:

a/ wszelkie koszty transportu,

b/ ubezpieczenie

c/ koszty załadunku i rozładunku

d/ podatek VAT i inne należne podatki

e/ koszty pakowania i znakowania wymaganego do przewozu

f/ koszty utylizacji odpadów

g/ koszty pozbywania się popiołu powstałego w wyniku utylizacji

**2.3.** Płatność na podstawie prawidłowo wystawionej faktury na koniec każdego miesiąca kalendarzowego za odebraną ilość odpadów w danym miesiącu zgodnie z kartami przekazania odpadów – w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury VAT.

**2.4** Na fakturach musi być stosowane nazewnictwo zgodne z ofertą Wykonawcy.

**2.5.** Cena netto za przedmiot umowy nie może ulec podwyższeniu w czasie trwania umowy.

**§ 3**

**odstąpienie od umowy**

**3.1**. Zamawiającemu w terminie do dnia upływu okresu, na który umowa została zawarta, przysługuje prawo do odstąpienia od umowy z ważnych powodów, a w szczególności:

a) gdy Wykonawca nie wykonuje niniejszej umowy bądź wykonuje umowę w sposób niezgodny z jej   
postanowieniami lub normami i warunkami określonymi prawem, a w szczególności, gdy w trakcie realizacji umowy Zamawiający stwierdzi złą realizację umowy.

b) zostanie ogłoszona likwidacja firmy Wykonawcy

c) w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

**3.2.** Wykonawcy przysługuje prawo do odstąpienia od umowy, gdy Zamawiający nie wykonuje niniejszej umowy bądź wykonuje umowę w sposób niezgodny z jej postanowieniami.

**§ 4**

**kary umowne**

**4.1.** W razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu kary umowne:

a) w wysokości 3% wartości brutto ogółem przedmiotu umowy określonego w § 2 pkt 2.1b**,** gdy Zamawiający odstąpi od umowy z powodu okoliczności, o których mowa w § 3 w pkt. 3.1 a

b) w wysokości 3% wartości brutto ogółem przedmiotu umowy określonego w § 2 pkt 2.1b, gdy Wykonawca odstąpi od umowy, z powodu okoliczności innych niż te, o których w § 3 w pkt. 3.2.

b) w wysokości 500 zł  za każde zdarzenie powodujące opóźnienie w odbiorze odpadów medycznych zgodnie z określonymi wymaganiami.

**4.2**. W przypadku niewykonania dwóch kolejnych odbiorów odpadów, Zamawiający ma prawo do zlecenia wykonania odbioru interwencyjnego innej uprawnionej firmie i obciążenia kosztami Wykonawcy.

**4.3.** Zamawiający ma prawo do potrącenia należności naliczonych z tytułu kar umownych oraz z tytułu usługi interwencyjnej z płatności za faktury Wykonawcy, na podstawie noty wystawionej przez Zamawiającego.

**4.4.** Strony mogą dochodzić na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego kary umowne.

**§ 6**

**postanowienia końcowe**

**6.1.** Umowa obowiązuje w okresie 24 miesięcy od daty jej podpisania lub do wyczerpania kwoty brutto umowy

a) Zamawiający zastrzega sobie możliwość dokonania zmiany terminu obowiązywania umowy tj przedłużenie terminu trwania umowy za zgodą Wykonawcy w sytuacji niewykorzystania wartości brutto umowy do pierwotnego terminu obowiązywania umowy.

**6.2.** Osobami do kontaktów w zakresie realizacji niniejszej umowy są:

a) ze strony Zamawiającego – ……………………. w sprawach finansowo-księgowych – ……………… tel.

b) ze strony Wykonawcy – …………………………………………………

**6.3**. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.

**6.4.** W sprawach nie uregulowanych niniejsza umowa zastosowanie maja przepisy ustawy prawo zamówień publicznych, przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

**6.5.** Ewentualne spory wynikłe z niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd miejscowo właściwy dla siedziby Zamawiającego.

**6.6.** Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, 2 dla Zamawiającego, 1 dla Wykonawcy

W Y K O N A W C A : Z A M A W I A J A C Y :

***Załącznik nr 10 do SIWZ***

**AKCEPTOWANY WZÓR TREŚCI GWARANCJI WADIALNEJ**

Podejmujemy się bezwarunkowo i nieodwołalnie wypłacenia Zamawiającemu kwoty do wysokości określonej powyżej po otrzymaniu pierwszego pisemnego żądania, bez konieczności jego uzasadniania, o ile Zamawiający stwierdzi w swoim żądaniu, że kwota roszczenia jest mu należna w związku z zaistnieniem, co najmniej jednego z warunków zatrzymania wadium, określonego w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Niniejsza gwarancja jest ważna od dnia jej wystawienia do dnia xx-xx-xxxx r. włącznie (okres ważności gwarancji). Wszelkie roszczenia odnośnie niniejszej Gwarancji Gwarant powinien otrzymać w okresie ważności gwarancji.