

**MODYFIKACJA Z DNIA 03.04.2024 R.**

**Formularz Ofertowy**

U W A G A: WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE WYKONAWCA.

**I. DANE WYKONAWCY: LIDER KONSORCJUM**

*(w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego Wykonawcę wymaga się wypełnienie punktu I dla każdego Wykonawcy osobno)*

Nazwa Wykonawcy (ów): Citonet Łódź Sp. z o. o. \_\_\_\_\_  
Siedziba (ulica): ul. Świętojańska 5/9 \_\_\_\_\_  
kod: 93-493 \_\_\_\_\_  
miejscowość: Łódź \_\_\_\_\_  
województwo: łódzkie \_\_\_\_\_  
NIP: 729-270-32-19 \_\_\_\_\_ REGON: 101569791 \_\_\_\_\_  
KRS/CEIDG: 0000453752 \_\_\_\_\_  
Adres e-mail: katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com \_\_\_\_\_  
tel.: (0 56) 612 34 14 \_\_\_\_\_ fax: (0 56) 612 35 08 \_\_\_\_\_

Osoba/ y upoważniona/ e\* do reprezentowania firmy i podpisywania umowy:

Katarzyna Kołodziej - Pełnomocnik \_\_\_\_\_

Wykonawca jest \_\_DUŻYM\_\_ (wpisać odpowiednio: mikro, małym, średnim, dużym) przedsiębiorcą.

Czy Wykonawca pochodzi z innych Państw członkowskich Unii Europejskiej: ~~TAK~~/NIE\*

*\*niepotrzebne skreślić*

**DANE WYKONAWCY: CZŁONEK KONSORCJUM**

*(w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego Wykonawcę wymaga się wypełnienie punktu I dla każdego Wykonawcy osobno)*

Nazwa Wykonawcy (ów): Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. \_\_\_\_\_  
Siedziba (ulica): ul. Żółkiewskiego 20/26 \_\_\_\_\_  
kod: 87-100 \_\_\_\_\_  
miejscowość: Toruń \_\_\_\_\_  
województwo: kujawsko-pomorskie \_\_\_\_\_  
NIP: 879-016-67-90 \_\_\_\_\_ REGON: 870514656 \_\_\_\_\_  
KRS/CEIDG: 0000011286 \_\_\_\_\_  
Adres e-mail: katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com \_\_\_\_\_  
tel.: (0 56) 612 34 14 \_\_\_\_\_ fax: (0 56) 612 35 08 \_\_\_\_\_

Osoba/ y upoważniona/ e\* do reprezentowania firmy i podpisywania umowy:

Katarzyna Kołodziej - Pełnomocnik \_\_\_\_\_

Wykonawca jest \_\_DUŻYM\_\_ (wpisać odpowiednio: mikro, małym, średnim, dużym) przedsiębiorcą.

Czy Wykonawca pochodzi z innych Państw członkowskich Unii Europejskiej: ~~TAK~~/NIE\*

**II.** Przedmiotem niniejszej oferty jest „*Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi. Znak sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024*”, zgodnie z wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**III.** Zobowiązuję/my się do zawarcia umowy na okres 24 miesięcy.

#### **IV. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA.**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość w wysokości:

**Ogólna wartość netto: 138 120,40 PLN**

**VAT 5% i 8% tj. 7 421,14 PLN**

**Ogólna wartość brutto: 145 541,54 PLN**

2. Oferujemy termin płatności faktury: \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ dni zgodnie z wymogami SWZ.

3. Oferujemy termin dostaw: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ dni roboczych zgodnie z wymogami SWZ.

#### **V. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

2. Oświadczam/y, że jesteśmy związani złożoną ofertą przez okres 30 dni tj. do dnia **08.05.2024 r.** – bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

3. Akceptuję/my przedstawiony w SWZ projekt umowy i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązujemy się do podpisania umowy w zakresie, którego dotyczy złożona oferta, na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami zamówienia oraz dokumentami dotyczącymi przedmiotu zamówienia i akceptujemy je bez zastrzeżeń.

5. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. Ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,

6. Oświadczam/y, że gwarantujemy stałość cen i wartości brutto przez cały okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem postanowień umowy.

7. Oświadczam/y, że niżej wymienione części niniejszego zamówienia powierzę podwykonawcom:

<b>NIE DOTYCZY/DOTYCZY*</b>	O ile dotyczy podać zakres – opis części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcy oraz procentowy udział części zamówienia powierzonego podwykonawcy.
	1. 2. 3. 4. etc.

*\*niepotrzebne skreślić*

Niewypełnienie powyższej tabeli spowoduje przyjęcie, iż Wykonawca samodzielnie bez udziału podwykonawców wykonana niniejsze zamówienie.

8. Oferta ~~zawiera~~/nie zawiera\* dokumenty, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.) i nie mogą być przez Zamawiającego udostępniane innym Wykonawcom \*,  
*\*niepotrzebne skreślić*

9. Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na dokonywanie przez Zamawiającego płatności w systemie podzielonej płatności.

10. Oświadczam/y, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w moim/naszym imieniu jest rachunkiem, dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 2324 z późn. zm.) prowadzony jest rachunek VAT.

11. Zobowiązujemy się do niezbywania wierzytelności, przysługujących nam w stosunku do Spec. Psych. ZOZ w Łodzi osobom trzecim bez pisemnej zgody Zamawiającego.

12. Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na porozumiewanie się z nami za pomocą poczty elektronicznej oraz otrzymanie tą drogą informacji o wynikach postępowania oraz zaproszenia do zawarcia umowy.

13. Osobą odpowiedzialną za wykonanie zobowiązań i kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy jest Katarzyna Puk, telefon kontaktowy: (0 56) 612 32 09, faks: (0 56) 612 36 13, e-mail (czytelnie): [bod.matopat@tzmo-global.com](mailto:bod.matopat@tzmo-global.com)

## **VI. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty i oświadczenia:**

1/ formularz asortymentowo-cenowy \_\_\_\_\_

2/ oświadczenia wykonawcy \_\_\_\_\_

*Pouczony o odpowiedzialności karnej (m. in. z art. 270, 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm. oświadczam, że oferta oraz załączone do niej dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty.*

Toruń, dnia 08.04.2024 r. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

UWAGA ! W przypadku zaofierowania przez Wykonawcę innej jednostki miary/wielkości opakowania niż podana w formularzu asortymentowo - cenowym, Zamawiający dopuszcza możliwość przeliczenia wymaganych ilości w zależności od wielkości zaofierowanego opakowania. Wówczas w Uwagach (kolumna nr 11) należy podać wielkość zaofierowanego opakowania oraz przeliczyć wymaganą w Zaprośzeniu ilość i w kolumnie nr 5 podać oferowaną ilość po przeliczeniu. Zaokrąglenie do pełnych opakowań zgodnie z zasadami matematyki.

Zamawiający nie dopuszcza składania oferty na poszczególne pozycje w ramach pakietów. Wykonawca winien złożyć ofertę na całość przedmiotu zamówienia w ramach pakietu.

PAKIET NR 1 - PIELUCHOMAJTKI, PODKŁADY HIGIENICZNE, PODPASKI										
Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	j.m.*	zapotrzebowanie na 24 m-ce	ilość oferowana przez Wykonawcę na 24 m-ce	cena jednostkowa netto w zł	cena jednostkowa brutto w zł	wartość netto w zł	VAT %	wartość brutto w zł	UWAGI np. oferowana przez Wykonawcę jednostka miary, wielkość opakowania, NAZWA HANDLOWA OFEROWANEGO PREPARATU, numer katalogowy, producent etc.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pieluchomajtki rozm 1 „S” x 30 szt. Obwód min. 55 - 80 cm.	op.	40	40	27,89	29,28	1 115,60	5%	1 171,38	SENI BASIC / SE-094-SM30-BF1 / TZMO S.A. / OP. A'30
2	Pieluchomajtki rozm 2 „M” x 30 szt. Obwód min. 75 - 110 cm	op.	400	400	33,89	35,58	13 556,00	5%	14 233,80	SENI BASIC / SE-094-ME30-BF1 / TZMO S.A. / OP. A'30
3	Pieluchomajtki rozm 3 „L” x 30 szt. Obwód min. 100 - 150 cm	op.	2 600	2 600	39,83	41,82	103 558,00	5%	108 735,90	SENI BASIC / SE-094-LA30-BF1 / TZMO S.A. / OP. A'30
4	Podkład chłonny z pulpy celulozowej 60 x 90 cm w op. 30 szt. (dopuszcza się wymiary i ilości w opakowaniu +/- 20%)	op.	540	540	20,90	22,57	11 286,00	8%	12 188,88	SENI SOFT BASIC / SE-091-B030-003 / TZMO S.A. / OP. A'30
5	Podpaski higieniczne x 10 szt.	op.	1 600	1 600	1,70	1,79	2 720,00	5%	2 856,00	BELLA NORMAL / BE-012-RN10-W01 / TZMO S.A. / OP. A'10
6	Prześcieradło ochronne jednoraz. x 1 szt(rolka) wymiar min. 50cm x 40 mb	szt.	300	120	49,04	52,96	5 884,80	8%	6 355,58	MATODRAPE / MA-133-NATM-001 / TZMO S.A. / op. a'1 szt, zaof. podkład o wymiarze 55cm x 100mb z odpowiednim przeliczeniem oferowanych ilości
						RAZEM:	138 120,40 zł		145 541,54 zł	

Toruń, 02.04.2024 r. \_\_\_\_\_  
(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## INFORMACJA O KONSORCJUM

Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. z siedzibą w Toruniu przy ul. Żółkiewskiego 20/26 oraz CitoNet-Łódź Sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Świętojańskiej 5/9 oświadczają, że utworzyły konsorcjum w celu wspólnego ubiegania się o udzielanie zamówienia publicznego ogłoszonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi Szpital im. dr. J. Babińskiego w Łodzi na **Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**, nr sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024.

- Lider konsorcjum – CitoNet-Łódź Sp. z o.o.
- Członek konsorcjum – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA

W razie zawarcia umowy z Zamawiającym:

- Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA będą sprzedawać i dostarczać wyroby Zamawiającemu;
- **Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA będą prowadzić wszelkie rozliczenia z Zamawiającym;**
- CitoNet-Łódź Sp. z o.o. będzie utrzymywać roboczy kontakt z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy z Zamawiającym (składania zamówień, dostaw, reklamacji, itp.) poprzez swoich przedstawicieli handlowych;
- CitoNet-Łódź Sp. z o.o. będzie poprzez swoich przedstawicieli handlowych prezentować wyroby Zamawiającemu i udzielać Zamawiającemu wyjaśnień dotyczących wyrobów;
- CitoNet-Łódź Sp. z o.o. będzie koordynować działania stron oraz zapewni pomoc, w szczególności organizacyjną, doradczą, edukacyjną, logistyczną, marketingową, techniczną, materiałową, personalną, zwłaszcza w razie zaistnienia lub zagrożenia zaistnienia jakichkolwiek zakłóceń w wykonywaniu Umowy z Zamawiającym, stosownie do bieżących potrzeb, aby zapewnić należyte (w szczególności co do jakości i terminowości) wykonanie Umowy z Zamawiającym.

Pełnomocnik konsorcjum – Katarzyna Kołodziej

### **Adres do korespondencji (również do przesłania umowy) :**

Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA

ul. Żółkiewskiego 20/26

87-100 Toruń

Adres e-mail: katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com

Telefony kontaktowe:

Tel. 056 612 34 14

Fax. 056 612 35 08

Oświadczenie  
Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia  
z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

Nazwa postępowania:  
*„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do  
Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi. Znak sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024.”*

My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

Pełna nazwa Wykonawcy	Siedziba (ulica, miejscowość)	NIP	Osoby uprawnione do Reprezentacji
Citonet Łódź Sp. z o. o.	ul. Świętojańska 5/9, 93-493 Łódź	729-270-32-19	Katarzyna Kołodziej
Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.	ul. Żółkiewskiego 20/26, 87-100 Toruń	879-016-67-90	Katarzyna Kołodziej

Niniejszym oświadczamy, że:

1. Warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej opisany w pkt. 6 1. b) SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

Pełna nazwa Wykonawcy	Siedziba (ulica, miejscowość)	Uprawnienia	Roboty budowlane, dostawy, usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę <sup>1</sup>
Nie dotyczy			

2. Warunek dotyczący wykształcenia opisany w pkt. ... SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

Pełna nazwa Wykonawcy	Siedziba (ulica, miejscowość)	Roboty budowlane, dostawy, usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę
Nie dotyczy		

3. Warunek dotyczący kwalifikacji zawodowych opisany w pkt. ...-.. SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

<b>Pełna nazwa Wykonawcy</b>	<b>Siedziba (ulica, miejscowość)</b>	<b>Roboty budowlane, dostawy, usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę</b>
Nie dotyczy		

4. Warunek dotyczący doświadczenia opisany w pkt. 6 1. d) SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

<b>Pełna nazwa Wykonawcy</b>	<b>Siedziba (ulica, miejscowość)</b>	<b>Roboty budowlane, dostawy, usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę</b>
Citonet Łódź Sp. z o. o.	ul. Świętojańska 5/9, 93-493 Łódź	Patrz: Informacja o konsorcjum załączona do oferty
Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.	ul. Żółkiewskiego 20/26, 87-100 Toruń	Patrz: Informacja o konsorcjum załączona do oferty

.....

*Podpis*

\*i Wskazać dokładny zakres zgodny z opisem wynikającym z SWZ.

\*\*niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

### SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

#### Część I:

##### Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia

1. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**

Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**

e-mail: *dyrekcja@psychiatria-lodz.pl, sekretariat@babinski.home.pl*

2. Tytuł zamówienia: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”**

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: **ZPIZ/TP/D/8/2024**

#### Część II:

##### Informacje dotyczące Wykonawcy

##### **A: Informacje na temat Wykonawcy:**

a) Nazwa Wykonawcy: **Citonet Łódź Sp. z o. o. – lider konsorcjum**

.....

b) Osoba wyznaczona do kontaktów: **Katarzyna Kołodziej**.....

telefon: **(0 56) 612 34 14** .....

e-mail: **katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com** .....

##### **B: Informacje na temat przedstawicieli prawnych Wykonawcy**

Proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres (-) osoby (osób) **upoważnionych do prawnego reprezentowania wykonawcy** na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:

a) Imię i nazwisko: **Katarzyna Kołodziej**.....

b) Stanowisko/Działający jako: **Asystent ds. zamówień publicznych / Pełnomocnik**.....

c) telefon: **(0 56) 612 34 14** .....

d) e-mail: **katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com** .....



### Część III:

#### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp

#### **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”** prowadzonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi oświadczam co następuje:

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 3 - 10 ustawy Pzp.

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

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 lub art. 109 ust. 1 pkt 3 – 10 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, podjąłem następujące środki naprawcze\*:

.....**NIE DOTYCZY**.....  
.....  
.....

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*: **NIE DOTYCZY****

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY LUB DALSZEGO  
PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM,  
NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*: **NIE DOTYCZY****

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:  
..... (podać pełną nazwę/firmę,  
adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy  
wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach Części III są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

#### Część IV:

### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z póź. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp.

#### **DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: „**Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**” prowadzonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi oświadczam co następuje:

#### **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ.

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).*

Toruń  
miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

#### **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW\*: NIE DOTYCZY**

Oświadczam, że w celu wskazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: .....

w następującym zakresie:

.....  
*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach Części IV są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Toruń  
miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

### SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

#### Część I:

##### **Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia**

2. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**

Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**

e-mail: *dyrekcja@psychiatria-lodz.pl, sekretariat@babinski.home.pl*

2. Tytuł zamówienia: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”**

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: **ZPIZ/TP/D/8/2024**

#### Część II:

##### **Informacje dotyczące Wykonawcy**

##### **A: Informacje na temat Wykonawcy:**

a) Nazwa Wykonawcy: **Toruńskie Zakłady Materiałów Opatunkowych S.A. – członek**

konsorcjum.....

b) Osoba wyznaczona do kontaktów: **Katarzyna Kołodziej.....**

telefon: **(0 56) 612 34 14 .....**

e-mail: **katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com .....**

##### **B: Informacje na temat przedstawicieli prawnych Wykonawcy**

Proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres (-) osoby (osób) **upoważnionych do prawnego reprezentowania wykonawcy** na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:

a) Imię i nazwisko: **Katarzyna Kołodziej.....**

b) Stanowisko/Działający jako: **Asystent ds. zamówień publicznych / Pełnomocnik.....**

c) telefon: **(0 56) 612 34 14 .....**

d) e-mail: **katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com .....**

### Część III:

#### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp

#### **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”** prowadzonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi oświadczam co następuje:

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 3 - 10 ustawy Pzp.

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ....--..... ustawy Pzp (podać mając zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt 3 – 10 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, podjąłem następujące środki naprawcze\*:

.....**NIE DOTYCZY**.....

.....

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*: **NIE DOTYCZY****

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY LUB DALSZEGO  
PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM,  
NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*: **NIE DOTYCZY****

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:  
..... (podać pełną nazwę/firmę,  
adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy  
wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach Części III są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

#### Część IV:

### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z póź. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp.

#### **DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: „**Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**” prowadzonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi oświadczam co następuje:

#### **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ.

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).*

Toruń  
miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
*(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*

#### **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW\*: NIE DOTYCZY**

Oświadczam, że w celu wskazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: .....

w następującym zakresie:

.....  
*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Toruń  
miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
*(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*



## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach Części IV są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Toruń  
miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

### SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

#### Część I:

#### Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia

1. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**  
Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**  
telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**  
e-mail: **dyrekcja@psychiatria-lodz.pl, sekretariat@babinski.home.pl**

2. Tytuł zamówienia: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładow higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”**

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: **ZPIZ/TP/D/8/2024**

#### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

*składane 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. z 2022 poz. 835).*

- ~~1. Oświadczam, że **podlegam** 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 (Dz. U. z 2022 poz. 835).\*~~
2. Oświadczam, że **nie podlegam** 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 (Dz. U. z 2022 poz. 835).\*

*\*niepotrzebne skreślić*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.  
– członek konsorcjum  
ul. Żółkiewskiego 20/26, 87-100 Toruń  
NIP: 879-016-67-90 / KRS: 0000011286

Załącznik nr 5 do SWZ  
ZPIZ/TP/D/8/2024

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

### SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

#### Część I:

#### Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia

2. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**  
Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**  
telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**  
e-mail: *dyrekcja@psychiatria-lodz.pl, sekretariat@babinski.home.pl*

2. Tytuł zamówienia: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładow higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”**

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: **ZPIZ/TP/D/8/2024**

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

*składane 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. z 2022 poz. 835).*

3. ~~Oświadczam, że **podlegam** 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 (Dz. U. z 2022 poz. 835).\*~~

4. Oświadczam, że **nie podlegam** 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 (Dz. U. z 2022 poz. 835).\*

*\*niepotrzebne skreślić*

Toruń  
Miejscowość

02.04.2024 r.  
data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)



## **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE DOKUMENTÓW DOPUSZCZAJĄCYCH DO OBROTU**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi. Znak sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024.”

ja /~~my~~\* niżej podpisany /i\* Katarzyna Kołodziej - Pełnomocnik \_\_\_\_\_  
reprezentując ~~wykonawcę~~/wykonawców\* Konsorcjum w składzie: Citonet Łódź Sp. z o. o. – lider  
konsorcjum oraz Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. – członek  
konsorcjum \_\_\_\_\_

oświadczam/~~y~~, iż:

♦ zaoferowany asortyment w Pakiecie nr 1 pozycja **1-4, 6** jest dopuszczony do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn. zm.) ~~oraz z ustawą z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. 2022 poz. 2301 z późn. zm.)~~ i posiada ~~stosowne certyfikaty CE wydane przez jednostkę notyfikacyjną,~~ deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez polskie prawo.\*

Powyższe dokumenty dostarczymy na każde pisemne żądanie Zamawiającego w terminie przez niego wskazanym.

♦ zaoferowany asortyment w Pakiecie nr 1 pozycja **5** nie jest wyrobem medycznym i nie podlega przepisom ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn. zm.) oraz z ustawą z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. 2022 poz. 2301 z późn. zm.).\*

Powyższe dokumenty dostarczymy na każde pisemne żądanie Zamawiającego w terminie przez niego wskazanym.

*\*niepotrzebne skreślić*

Toruń, 02.04.2024 r.

*miejsowość i data*

\_\_\_\_\_  
*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*

**Wykonawca:****Konsorcjum w składzie:**

**Citonet Łódź Sp. z o. o. – lider konsorcjum  
oraz Toruńskie Zakłady Materiałów  
Opatrunkowych S.A. – członek konsorcjum**

**Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół**

**Opieki Zdrowotnej w Łodzi,**

**ul. Aleksandrowska 159,**

**91-229 Łódź**

**- ZAMÓWIENIA PUBLICZNE -**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na Zakup wraz z dostawą  
i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec.**

**Psych. ZOZ w Łodzi. Nr sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024**

Konsorcjum w składzie: Citonet Łódź Sp. z o. o. – lider konsorcjum oraz Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. – członek konsorcjum oświadcza, że zaoferowany asortyment spełnia wymogi opisu przedmiotu zamówienia, stanowiącego Załącznik nr 2 do SWZ.

Toruń, dnia 02.04.2024 r.

## WNIOSEK

Konsorcjum w składzie: CitoNet-Łódź Sp. z o.o. oraz Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. w Toruniu działając jako uczestnik postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z art. 74 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, zwracają się z prośbą o przestanie informacji:

- kopii formularzy cenowych konkurencyjnych ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu w zadaniach, w których udział brała Nasza firma, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 18 grudnia 2020 r. w sprawie protokołów postępowania oraz dokumentacji postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. Prosimy o przestanie w/w informacji na adres e-mail [kamil.agata@tzmo-global.com](mailto:kamil.agata@tzmo-global.com) oraz [katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com](mailto:katarzyna.kolodziej@tzmo-global.com)

Zwracamy uwagę, że zgodnie z art. 74. 2. 1) oferty wraz z załącznikami udostępnia się niezwłocznie po otwarciu ofert, **nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia otwarcia ofert**, z uwzględnieniem art. 166 ust. 3 lub art. 291 ust. 2 zdanie drugie.

Z poważaniem,  
Katarzyna Kołodziej

poświadczenie złożenia podpisów i pieczęci elektronicznych

Certyfikat dla dokumentu o Autenti ID: 9c2a3d92-d264-4f39-9eb7-dc2cbb209adb  
utworzonego: 2024-04-08 09:21 (GMT+02:00)