



SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2
KRS 0000004020, REGON 431019046, NIP 946-21-60-056
Nr konta: 08 8025 0007 0710 1863 2000 0010

www.sznzoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; Telefony: Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66; Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Naczelną Pielęgniarką 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

Znak sprawy: SzNSPZOZ.A-ZP.261.21.2026

Załącznik nr 2 do SWZ

Formularz „Oferta Wykonawcy”

Pełna nazwa Wykonawcy

Adres

NIP/PESEL REGON**

KRS/CEiDG**

Adres strony, z której można pobrać ww. dokumenty.....

Osoba reprezentująca

Podstawa reprezentacji

Osoba wyznaczona do kontaktów

Numer telefonu

Adres e-mail

INFORMACJA O WIELKOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA¹:

- ☐ mikro przedsiębiorstwo ☐ małe przedsiębiorstwo ☐ średnie przedsiębiorstwo
☐ duże przedsiębiorstwo

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu pn.: **Zakup i dostawa wyposażenia siłowni w ramach projektu „Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychologicznej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”, z podziałem na 3 części SzNSPZOZ.A-ZP.261.21.2026** składamy ofertę na:

część 1* – dostawa urządzeń treningowych (rowerek, orbitrek, wioślarz, bieżnia), zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 1.1 do SWZ,

CENA OFERTOWA BRUTTO w części 1 wynosi: zł

(słownie:)

OFEROWANY TERMIN DOSTAWY WYNOŚI DNI KALENDARZOWYCH OD DNIA ZAWARCIA UMOWY

część 2* – dostawa piłek, materacy gimnastycznych oraz zestawu do gry w tenisa stołowego, zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 1.2 do SWZ,

CENA OFERTOWA BRUTTO w części 2 wynosi: zł

(słownie:)

1 Zaznaczyć właściwe



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





www.snzoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; Telefony: Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66; Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Naczelną Pielęgniarką 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

OFEROWANY TERMIN DOSTAWY WYNOŚI DNI KALENDARZOWYCH OD DNIA ZAWARCIA UMOWY

część 3* – dostawa zestawu drabinek gimnastycznych z drążkiem, zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 1.3 do SWZ.

CENA OFERTOWA BRUTTO w części 3 wynosi: zł

(słownie:)

OFEROWANY TERMIN DOSTAWY WYNOŚI DNI KALENDARZOWYCH OD DNIA ZAWARCIA UMOWY

Ponadto:

1. Oświadczamy, że **oferta nie zawiera tajemnicy przedsiębiorstwa/pliki o nazwach**** **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 85), co zostało wykazane w treści oświadczenia zamieszczonego w pliku o nazwie (jeżeli dotyczy).

2. Oświadczamy, że wybór naszej oferty **będzie/nie będzie**** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Jeżeli tak, to w zakresie:

.....

3. Oświadczamy, że następujące części zamówienia powierzamy Podwykonawcom (należy podać zakres/części zamówienia oraz dokładne nazwy i dane (firm) Podwykonawców, o ile są już znane):

.....

4. Ponadto oświadczamy, że:

- 1) w łącznej cenie ofertowej brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia określone w SWZ i wzorze umowy;
- 2) zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
- 3) zamówienie zrealizujemy zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania,
- 4) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia składania ofert (włącznie z tym dniem),
- 5) w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Specyfikacji Warunków Zamówienia w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego,



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2
KRS 0000004020, REGON 431019046, NIP 946-21-60-056
Nr konta: 08 8025 0007 0710 1863 2000 0010

www.snzoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; **Telefony:** Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66; Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Naczelną Pielęgniarką 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM, PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.

- * wypełnić w zakresie części, na które wykonawca składa ofertę
- ** niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





Załącznik nr 3 do SWZ

Oświadczenie

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 1320 z późn zm.) zwanej dalej „ustawą Pzp” w zakresie braku podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego oraz przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2025, poz. 514)

Pełna nazwa Wykonawcy

Reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji, pn.: **Zakup i dostawa wyposażenia siłowni w ramach projektu „Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychologicznej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”, z podziałem na 3 części, znak sprawy SzNSPZOZ.A-ZP.261.21.2026**, oświadczam co następuje:

I. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

1. Oświadczam, że:

- ✓ nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp
- ✓ nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp
- ✓ nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie w 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. 2025, poz. 514)

2. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp². Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:

.....

² Należy podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1), 2), 5), i 6) lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





www.snzoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; **Telefony:** Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66; Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Naczelną Pielęgniarką 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

II. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

III. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH

Oświadczam, że Zamawiający może uzyskać podmiotowe środki dowodowe, w tym na potwierdzenie, że osoba działająca w imieniu wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:

1. <https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/> – odpis z właściwego rejestru.
2. <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx> – informacja z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej
3. – inny rejestr.

DOKUMENT NALEŻY PODPISĄĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM, PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.

** w zależności od podmiotu



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2
KRS 0000004020, REGON 431019046, NIP 946-21-60-056
Nr konta: 08 8025 0007 0710 1863 2000 0010

www.sznzoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; Telefony: Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66; Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Naczelną Pielęgniarką 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

Załącznik nr 4 do SWZ

Oświadczenie w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5) ustawy Pzp

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

Pełna nazwa Wykonawcy

Adres

NIP/PESEL** REGON

KRS/CEiDG**

Adres strony, z której można pobrać ww. dokumenty

Osoba reprezentująca

Podstawa reprezentacji

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Zakup i dostawa wyposażenia siłowni w ramach projektu „Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychologicznej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”**, z podziałem na 3 części, znak sprawy SzNSPZOZ.A-ZP.261.21.2026, oświadczam co następuje:

oświadczam, że:

- **należę** do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5) ustawy Pzp z następującymi uczestnikami tego postępowania*:

Lp.	Nazwa (firma)	Siedziba

- **nie należę** do tej samej grupy kapitałowej z uczestnikami postępowania*

*niepotrzebne skreślić

DOKUMENT NALEŻY PODPISĄĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM, PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2
KRS 0000004020, REGON 431019046, NIP 946-21-60-056
Nr konta: 08 8025 0007 0710 1863 2000 0010

www.snzoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; Telefony: Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66;
Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Naczelną Pielęgniarką 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

Załącznik nr 5 do SWZ

Oświadczenie o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp oraz 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

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

Pełna nazwa Wykonawcy

Adres

NIP/PESEL** REGON

KRS/CEiDG**

Adres strony, z której można pobrać ww. dokumenty

Osoba reprezentująca

Podstawa reprezentacji

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Zakup i dostawa wyposażenia siłowni w ramach projektu „Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychologicznej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”, z podziałem na 3 części, znak sprawy SzNSPZOZ.A-ZP.261.21.2026** oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu dotyczącym spełniania przesłanek wykluczenia z postępowania, złożonym w niniejszym postępowaniu w zakresie podstaw wykluczenia są aktualne.

DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM, PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.

** w zależności od podmiotu



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską

