**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego nr AMH/WSR/ZK/6/2025

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I.** **Zamawiający:**

Akademia Medyczna Nauk Stosowanych i Holistycznych z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Marcina Kasprzaka 49, 01-234 Warszawa, REGON: 140942044, NIP: 5272551490, wpisana do Rejestru uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych prowadzonego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nr 339.

**II. Wykonawca/Wykonawcy[[1]](#footnote-1):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa / Imię i nazwisko |  |
| Siedziba / Adres zamieszkania |  |
| NIP / PESEL |  |
| REGON (jeśli dotyczy) |  |
| Osoba do kontaktu oraz upoważniona do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu: |  |
| Dane do korespondencji |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane pełnomocnika (w przypadku składania oferty wspólnej) |  |
| Imię i Nazwisko |  |
| Stanowisko (jeśli dotyczy) |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Zakres pełnomocnictwa | do reprezentowania w postępowaniu  do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy  do zawarcia umowy |

Ja, niżej podpisany/a …………......................................................................................................   
działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy / Wykonawców[[2]](#footnote-2), przystępując do opublikowanego postępowania o nr AMH/WSR/ZK/6/2025 pt. „Dostawa wyposażenia pracowni ratownictwa i pierwszej pomocy” na następujących warunkach:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

**………………..……. zł netto** (słownie: …………….…………………………………………..… złotych),   
tj**. …………….……. zł brutto** (słownie: …………….…………………………………………..… złotych).

Cena ta ma charakter ceny maksymalnej za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Oferuję dostawę następującego wyposażenia (wszystkie wartości wyrażone w PLN):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Szt.** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Symulator czynności życiowych - tablet | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Głowa do intubacji | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Fantom ewakuacyjny z możliwością włożenia torsu do rko | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Noga do tamowania krwotoków | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 | Plecak ratowniczy typu R1 | 2 |  |  |  |  |  |
| 6 | Ssak elektryczny | 1 |  |  |  |  |  |
| 7 | Pas miednicy | 4 |  |  |  |  |  |
| 8 | Podbieraki aluminiowe | 2 |  |  |  |  |  |
| 9 | Podbieraki plastikowe | 2 |  |  |  |  |  |
| 10 | Kamizelka KED | 2 |  |  |  |  |  |
| 11 | Klamra do tamowania krwawień | 2 |  |  |  |  |  |
| 12 | Nosze płachtowe | 1 |  |  |  |  |  |
| 13 | Zestaw do Triage | 1 |  |  |  |  |  |
| 14 | Szyna wyciągowa | 1 |  |  |  |  |  |
| 15 | Pas do uciskania aorty | 1 |  |  |  |  |  |
| 16 | Tors osoby dorosłej pełna postać do nauki RKO z głową do przyrządowego udrażniania dróg oddechowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 17 | Torba medyczna na kółkach | 2 |  |  |  |  |  |
| 18 | Laryngoskop | 5 |  |  |  |  |  |
| 19 | Ramię do iniekcji i szycia | 5 |  |  |  |  |  |
| 20 | Kapnometr | 5 |  |  |  |  |  |
| 21 | Urządzenie do udrażniania dróg oddechowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 22 | Ciśnieniomierz manualny z kompletem mankietów | 5 |  |  |  |  |  |
| 23 | Ciśnieniomierz zegarowy | 10 |  |  |  |  |  |
| 24 | Inhalator | 1 |  |  |  |  |  |
| 25 | Nebulizator | 1 |  |  |  |  |  |
| 26 | Opaska zaciskowa CAT | 10 |  |  |  |  |  |
| 27 | Opaska zaciskowa SOFT | 10 |  |  |  |  |  |
| 28 | Brzuch do nauki iniekcji | 1 |  |  |  |  |  |
| 29 | Elektrody szkoleniowe do XFT 120+ | 10 |  |  |  |  |  |
| 30 | Elektrody Szkoleniowe do AED Trainer 3 | 10 |  |  |  |  |  |
| 31 | Noga do wkłuć doszpikowych osoby dorosłej | 1 |  |  |  |  |  |
| 32 | Noga do wkłuć doszpikowych dziecka | 1 |  |  |  |  |  |
| 33 | Opatrunek hydrożelowy | 2 |  |  |  |  |  |
| 34 | Maseczki do ćwiczeń RKO | 50 |  |  |  |  |  |
| 35 | Elastyczna siatka opatrunkowa, min. 10 m / szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 36 | Rękawiczki jednorazowe, rozmiar S, M, L, XL - po równo (op. 100 szt.) | 32 op. |  |  |  |  |  |
| 37 | Koncentrator tlenu | 1 |  |  |  |  |  |
| 38 | Szyny Kramera | 2 |  |  |  |  |  |
| 39 | Pokrowiec na szyny Kramera | 2 |  |  |  |  |  |
| 40 | Pompa infuzyjna | 1 |  |  |  |  |  |
| 41 | Opatrunek hemostatyczny | 10 |  |  |  |  |  |
| 42 | Latarka diagnostyczna | 10 |  |  |  |  |  |
| 43 | Opatrunek jałowy | 2000 |  |  |  |  |  |
| 44 | Materac próżniowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 45 | Panel kontrolny do fantomów | 3 |  |  |  |  |  |
| 46 | Fantom dziecka do nauki RKO i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 47 | Fantom niemowlęcia do nauki RKO i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 48 | Fantom dziecka do nauki RKO | 1 |  |  |  |  |  |
| 49 | Fantom niemowlęcia do nauki RKO | 1 |  |  |  |  |  |
| 50 | Maska typu pocket mask do RKO | 240 |  |  |  |  |  |
| 51 | Bandaż elastyczny, rozmiar 8 | 250 |  |  |  |  |  |
| 52 | Bandaż z dziany do tamowania krwotoków, rozmiar 8 | 250 |  |  |  |  |  |
| 53 | Gaza 1/4 m2 | 250 |  |  |  |  |  |
| 54 | Gaza 1/2 m 2 | 250 |  |  |  |  |  |
| 55 | Plaster dzianinowy, szer. 5 cm | 30 |  |  |  |  |  |
| 56 | Bandaż kohezyjny, szer. 5 cm | 100 |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM: |  |  | 0,00 |  |  | 0,00 |

1. Oferowany przedmiot zamówienia musi być zgodny z opisem, fabrycznie nowy, oraz wyprodukowany w 2024 lub 2025 roku.
2. Parametry minimalne są warunkami granicznymi tzn. niespełnienie któregokolwiek  
   z wymienionych parametrów lub niewypełnienie jakiejkolwiek rubryki tabeli będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Symulator czynności życiowych - tablet** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Głowa do intubacji** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Fantom ewakuacyjny z możliwością włożenia torsu do rko** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Noga do tamowania krwotoków** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Plecak ratowniczy typu R1** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Ssak elektryczny** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Pas miednicy** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Podbieraki aluminiowe** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Podbieraki plastikowe** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Kamizelka KED** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Klamra do tamowania krwawień** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Nosze płachtowe** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Zestaw do Triage** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Szyna wyciągowa** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Pas do uciskania aorty** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Tors osoby dorosłej pełna postać do nauki RKO z głową do przyrządowego udrażniania dróg oddechowych** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Torba medyczna na kółkach** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Laryngoskop** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Ramię do iniekcji i szycia** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Kapnometr** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Urządzenie do udrażniania dróg oddechowych** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Ciśnieniomierz manualny z kompletem mankietów** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Ciśnieniomierz zegarowy** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Inhalator** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Nebulizator** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Opaska zaciskowa CAT** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Opaska zaciskowa SOFT** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Brzuch do nauki iniekcji** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Elektrody szkoleniowe do XFT 120+** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Elektrody Szkoleniowe do AED Trainer 3** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Noga do wkłuć doszpikowych osoby dorosłej** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Noga do wkłuć doszpikowych dziecka** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Opatrunek hydrożelowy** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Maseczki do ćwiczeń RKO** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Elastyczna siatka opatrunkowa, min. 10 m / szt.** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Rękawiczki jednorazowe, rozmiar S, M, L, XL - po równo sztuk** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Koncentrator tlenu** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Szyny Kramera** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Pokrowiec na szyny Kramera** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Pompa infuzyja** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Opatrunek hemostatyczny** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Latarka diagnostyczna** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Opatrunek jałowy** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Materac próżniowy** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Panel kontrolny do fantomów** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Fantom dziecka do nauki RKO i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Fantom niemowlęcia do nauki RKO i przyrządowego udrażniania dróg oddechowych** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Fantom dziecka do nauki RKO** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Fantom niemowlęcia do nauki RKO** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Maska typu pocket mask do RKO** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Bandaż elastyczny, rozmiar 8** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Bandaż z dziany do tamowania krwotoków, rozmiar 8** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Gaza 1/4 m2** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Gaza 1/2 m 2** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Plaster dzianinowy, szer. 5 cm** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| 1. **Bandaż kohezyjny, szer. 5 cm** | |
| Nazwa, typ, model oferowanego produktu | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |
| Producent,  rok produkcji | ................................................................................................................  *(wypełnić)* |

**Oferuję wykonanie dostawy do siedziby Zamawiającego przy ul. Kasprzaka 49 w Warszawie (01-234) w terminie do dnia 31 marca 2025 r.**

1. Do oferty załączam:
   1. wykaz dostaw zgodnie z załącznikiem nr 4 do zapytania ofertowego,
   2. dowody potwierdzające, że dostawy ujęte w wykazie zostały wykonane należycie, w postaci .....................................................................,
   3. oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z udziału w niniejszym postępowaniu,
   4. klauzulę informacyjną oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych
   5. ………………………………………..
2. Oświadczam w imieniu Wykonawcy, że:
   1. zapoznałem/am się z warunkami prowadzenia postępowania, udzielenia i realizacji zamówienia opisanymi w zapytaniu ofertowym oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania;
   2. zobowiązuję się wykonać całość niniejszego zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, opisie przedmiotu zamówienia i umowie;
   3. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
   4. jestem związany/a niniejszą ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert;
   5. zobowiązuję się w razie wybrania niniejszej oferty do podpisania umowy na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym i jego załącznikach;
   6. *nie zamierzam powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia* / *następujące części niniejszego zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom*:[[3]](#footnote-3)
3. *Nazwa podwykonawcy: ………..................................* NIP/PESEL*[[4]](#footnote-4):……….............................. w zakresie: ..........................................................*
4. *…;*
   1. niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 1233 ze zm.) i nie mogą być one udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ww. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….;
   2. upewniłem/am się co do prawidłowości i kompletności niniejszej oferty,
   3. ceny brutto w PLN przedstawione w niniejszej ofercie *nie zawierają podatku VAT (Wykonawca nie jest płatnikiem podatku od towarów i usług) / zawierają należny podatek VAT[[5]](#footnote-5)* (zgodnie z ustawą z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 361 ze zm.), wszystkie przewidywane koszty kompletnego wykonania przedmiotu zamówienia i wymagania zapytania ofertowego oraz obejmują wszelkie koszty, jakie Wykonawca poniesie z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia;
   4. w ofercie nie zostały zastosowane ceny dumpingowe i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji zgodnie z ustawą z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233 ze zm.);
   5. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 7 ze zm.) za przedłożenie podrobionego, przerobionego, poświadczającego nieprawdę albo nierzetelnego dokumentu albo nierzetelnego, pisemnego oświadczenia dotyczącego okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania niniejszego zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| miejscowość, data | czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy |

1. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, pola należy powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Wykonawców [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić; w przypadku powierzenia podwykonawstwa więcej niż 1 podmiotowi/osobie, pola poniżej należy powielić odpowiednią ilość razy [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)