**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Składając ofertę w postępowaniu nr 33-DPZBP-2021 pn. „Sukcesywne dostawy rękawic ochronnych” w imieniu …………………………………….……………………………………., ja niżej podpisany oświadczam, że ww. Oferent:

1. zapoznał się z warunkami przetargu zawartymi w SIWZ i przyjmuje te warunki bez zastrzeżeń,
2. akceptuje wzór umowy zawarty w SIWZ i obowiązujący na dzień składania ofert oraz deklaruje podpisanie umowy i odesłanie jej egzemplarza do Zamawiającego w terminie do 7 dni od daty jej otrzymania,
3. posiada uprawnienia do wykonywania prowadzonej działalności gospodarczej oraz czynności objętych umową,
4. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie, a także dysponuje potencjałem ekonomicznym i technicznym do wykonania umowy oraz pracownikami zdolnymi do wykonywania prac, czynności lub usług wynikających z umowy,
5. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie umowy,
6. nie zalega z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne/uzyskał zgodę na zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu\*,
7. uznaje się związanego złożoną ofertą przetargową przez okres …… (minimum 90 dni) dni liczonych od dnia składania ofert.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dn. r. |  |  | |  |  |
| Miejscowość i data |  | Imię i Nazwisko\*\* |  | | Podpis\*\* |

\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

\*\* osoba upoważniona zgodnie z dokumentami rejestrowymi oraz ew. pełnomocnictwem

**WYKAZ DOSTAW\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ DOSTAW ORAZ FIRMA ODBIERAJĄCA** | **SZACUNKOWA WARTOŚĆ ZREALIZOWANYCH DOSTAW**  **(MINIMUM 100 000,00 zł netto/rok)** | **OKRES REALIZACJI** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dn. r. |  |  | |  |  |
| Miejscowość i data |  | Imię i Nazwisko\*\* |  | | Podpis\*\* |

\_\_\_

\* powyższe dostawy powinny być potwierdzone referencjami

\*\* osoba upoważniona zgodnie z dokumentami rejestrowymi oraz ew. pełnomocnictwem

**FORMULARZ GWARANCYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCYJNE** | **DEKLARACJA** **OFERENTA** |
| Zakres gwarancji jakości |  |
| Okres gwarancji jakości *(wymagane min. 12 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru)* |  |
| Termin na zgłoszenie wady od momentu jej wykrycia  *(preferowane 48 godz.)* |  |
| Sposób zgłaszania wady *(za pomocą e-mail lub telefonicznie)* |  |
| Termin rozpatrzenia zgłoszenia reklamacyjnego *(preferowane 48 godz.)* |  |
| Termin na usunięcie wady  *(od 2 do 4 dni roboczych)* |  |
| Sposób usunięcia wady  *(preferowany wymiana towaru na nowy)* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dn. r. |  |  | |  |  |
| Miejscowość i data |  | Imię i Nazwisko\* |  | | Podpis\* |

\_\_\_

\* osoba upoważniona zgodnie z dokumentami rejestrowymi oraz ew. pełnomocnictwem