Załącznik nr 1

**Zgłoszenie udziału w planowanym postępowaniu**

**Informacji zawartych w zgłoszeniu nie należy traktować jako oferty**

Dane Oferenta zainteresowanego współpracą z RARS na zasadach określonych w ogłoszeniu Data:………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa Oferenta |  |
| 2 | Adres Oferenta |  |
| 3 | Telefon |  |
| 4 | Mail |  |
| 5 | Zapewniamy bezpieczeństwo danych osobowych zgodnie z przepisami *o ochronie danych osobowych* | TAK / NIE\* |
| 6 | Spełniamy wymogi ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. *o ochronie informacji niejawnych* w aktualnie obowiązującym brzmieniu. | TAK / NIE**\*** |
| 7 | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, które rozpoczęły procedurę uzyskania uprawnień do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” prowadzoną **w innej niż Agencja jednostce organizacyjnej** **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” w pkt 6)** |  |
| 8 | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, dla których zostanie **złożony wniosek do Agencji** o przeprowadzenie szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” w pkt 6)** |  |
| 9 | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, posiadających aktualne poświadczenie bezpieczeństwa osobowego lub pisemne upoważnienie do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” i/lub zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” w pkt 6)** |  |
| 10 | Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby(ób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta zgodnie z aktualnym wypisem z właściwego rejestru podmiotów gospodarczych (KRS/CEIDG)  lub na podstawie pełnomocnictwa, wymienionej(ych) w pkt 7, do której(ych) mają zostać wysłane warunki przetargu oznaczone klauzulą „zastrzeżone”. Osoba(y), o której(ych) mowa w zdaniu poprzedzającym musi posiadać aktualne poświadczenie bezpieczeństwa osobowego lub pisemne upoważnienie do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” wydane przez osobę uprawnioną i posiadać aktualne zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych, nie rzadziej niż raz na 5 lat, zgodnie z zapisami w/w ustawy, z tym jednak, iż kierownik Oferenta (kierownik przedsiębiorcy w rozumieniu art. 2 pkt 14 w/w ustawy) powinien posiadać co najmniej aktualne zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych. |  |
| 11 | Adres Oferenta, na który Agencja prześle warunki przetargu |  |

Proszę o podanie danych dotyczących wyrobów medycznych (zwanych dalej „wyrobami”) zgodnie z poniższymi tabelami:

**Zadanie nr 1 - Rurki krtaniowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa handlowa wyrobu** | **Jm.** | **Ilość op. jednostko-wych proponowa-nych przez Oferenta** | **Cena jednostko-wa (z podatkiem VAT) w zł** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wynagrodzenie (z podatkiem VAT) za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobu przez Agencję (dotyczy ilości z kolumny nr 5)** | **Ilość wyrobów w opakowaniu zbiorczym** | **Maksymal-na ilość opakowań zbiorczych wyrobu na jednej palecie** | **Ilość palet zajmowanych  przez wyroby** | **Waga i wymiary (wysokość, szerokość, długość) jednej pełnej palety** | **Warunki przecho-wywania** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta** | **Produ -cent / kraj** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| **1.** | **Rurka krtaniowa nr 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…….** |  |  |
| **2.** | **Rurka krtaniowa nr 4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…….** |  |  |
| **3.** | **Rurka krtaniowa nr 5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…….** |  |  |

**Wartość zakupu (z podatkiem VAT) + wynagrodzenie za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobów przez Agencję (z podatkiem VAT): ………………………………… zł.**

**Zadanie nr 2 - Opaski elastyczne samoprzylepne 10 cm x 4,5m**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa handlowa wyrobu** | **Jm.** | **Ilość op. jednostko- wych proponowa-nych przez Oferenta** | **Cena jednostko-wa (z podatkiem VAT) w zł** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wynagrodzenie (z podatkiem VAT) za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobu przez Agencję (dotyczy ilości z kolumny nr 5)0,** | **Ilość wyrobów w opakowaniu zbiorczym** | **Maksymal-na ilość opakowań zbiorczych wyrobu na jednej palecie** | **Ilość palet zajmo-wanych  przez wyroby** | **Waga i wymiary (wysokość, szerokość, długość) jednej pełnej palety** | **Warunki przecho-wywania** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta** | **Produ-cent / kraj** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| **1.** | **Opaska elastyczna samoprzylepna 10 cm x 4,5m** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność……** |  |  |

**Wartość zakupu (z podatkiem VAT) + wynagrodzenie za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobów przez Agencję (z podatkiem VAT): ………………………………… zł.**

**Zadanie nr 3 - Fartuchy chirurgiczne niejałowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa handlowa wyrobu** | **Jm.** | **Ilość op. jednostko-wych proponowa-nych przez Oferenta** | **Cena jednostko-wa (z podatkiem VAT) w zł** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wynagrodzenie (z podatkiem VAT) za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobu przez Agencję (dotyczy ilości z kolumny nr 5)** | **Ilość wyrobów w opakowaniu zbiorczym** | **Maksymal-na ilość opakowań zbiorczych wyrobu na jednej palecie** | **Ilość palet zajmowa-nych  przez wyroby** | **Waga i wymiary (wysokość, szerokość, długość) jednej pełnej palety** | **Warunki przecho-wywania** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta** | **Produ-cent / kraj** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| 1. | **Fartuch chirurgiczny niejałowy rozmiar M** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność……** |  |  |
| 2. | **Fartuch chirurgiczny niejałowy rozmiar l** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność……** |  |  |
| 3. | **Fartuch chirurgiczny niejałowy rozmiar XL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność……** |  |  |

**Wartość zakupu (z podatkiem VAT) + wynagrodzenie za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobów przez Agencję (z podatkiem VAT): ………………………………… zł.**

**Zadnie nr 4 - Rękawice nitrylowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa handlowa wyrobu** | **Jm.** | **Ilość op. jednostko-wych proponowa-nych przez Oferenta** | **Cena jednostko-wa (z podatkiem VAT) w zł** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wynagrodzenie (z podatkiem VAT) za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobu przez Agencję (dotyczy ilości z kolumny nr 5)** | **Ilość wyrobów w opakowa-niu zbiorczym** | **Maksymal-na ilość opakowań zbiorczych wyrobu na jednej palecie** | **Ilość palet zajmowa-nych  przez wyroby** | **Waga i wymiary (wysokość, szerokość, długość) jednej pełnej palety** | **Warunki przechowy-wywania** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta** | **Producent / kraj** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| **1.** | **Rękawice nitrylowe rozmiar S** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…** |  |  |
| **2.** | **Rękawice nitrylowe rozmiar M** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…** |  |  |
| **3.** | **Rękawice nitrylowe rozmiar L** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…** |  |  |
| **4.** | **Rękawice nitrylowe rozmiar XL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…** |  |  |

**Wartość zakupu (z podatkiem VAT) + wynagrodzenie za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobów przez Agencję (z podatkiem VAT): ………………………………… zł.**

**Zadanie nr 5 - Ochraniacze na buty niejałowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa handlowa wyrobu** | **Jm.** | **Ilość op. jednostko-wych proponowa-nych przez Oferenta** | **Cena jednostko-wa ( z podatkiem VAT) w zł** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wynagrodzenie ( z podatkiem VAT) za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobu przez Agencję (dotyczy ilości z kolumny nr 5)** | **Ilość wyrobów w opakowa-niu zbiorczym** | **Maksymal-na ilość opakowań zbiorczych wyrobu na jednej palecie** | **Ilość palet zajmowa-nych  przez wyroby** | **Waga i wymiary (wysokość, szerokość, długość) jednej pełnej palety** | **Warunki przechowy-wania** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta** | **Producent / kraj** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| **1.** | **Ochraniacze na buty niejałowe** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **temp….…/**  **wilgotność…** |  |  |

**Wartość zakupu (z podatkiem VAT) + wynagrodzenie za usługę przechowywania, w tym dokonywania wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie Polski przez okres 3 lat od dnia odbioru wyrobów przez Agencję (z podatkiem VAT): ………………………………… zł.**

**Oferent oświadcza, że:**

1. Posiada prawo do dysponowania magazynem, w którym przechowywane będą wyroby (np. magazyn własny (własność spółki), umowa najmu, umowa dzierżawy itp.):

…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….…………..………..

1. Pracownicy, którzy uczestniczą w realizacji umowy są zatrudnieni zgodnie z przepisami określonymi w Kodeksie pracy.
2. Wyroby będą posiadały w dniu dostawy do upływu terminu ważności nie mniej niż 70 % okresu ważności określonego przez ich producentów.

*\* niepotrzebne skreślić*

………………………………………………………………………….

podpis osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta