

PEŁNOMOCNICTWO

Działając na podstawie art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.) zwaną dalej ustawą Prawo Zamówień Publicznych, udzielam Zakładowi Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia z siedzibą w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa, pełnomocnictwa do wszelkich pomocniczych działań zakupowych w rozumieniu art. 15 ust. 4 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, w szczególności do przygotowania i przeprowadzenia w imieniu i na rzecz:

postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

Przedmiotowe pełnomocnictwo upoważnia Dyrektora Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia do dokonywania wszelkich czynności wynikających z ustawy Prawo Zamówień Publicznych, które należą do Zamawiającego, za wyjątkiem zawarcia umowy z wybranym wykonawcą, w szczególności do:

1. oszacowania zamówienia,
2. sporządzenia ogłoszenia i specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
3. zamieszczania ogłoszeń, modyfikacji SIWZ,
4. badania i oceny ofert,
5. ogłoszenia wyniku postępowania.

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do wszelkich czynności związanych z reprezentowaniem w ramach środków ochrony prawnej – w szczególności do składania pism, środków dowodowych, wypowiedzania się w imieniu Oferenta, jak również uprawnia do udzielania dalszych pełnomocnictw.

Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do przygotowania i przeprowadzenia postępowania jako elementu większego zamówienia. Pełnomocnictwo nie obejmuje ewentualnych postępowań uzupełniających w rozumieniu art. 67 ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

Dyrektor Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia pełni funkcję Kierownika Zamawiającego w myśl przepisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

Udzielający niniejszego pełnomocnictwa oświadcza, iż wszelkie decyzje Komisji Przetargowej

oraz upoważnionego Dyrektora Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, podejmowane w ramach tegoż pełnomocnictwa, są w pełni dla niego wiążące. Jednocześnie, udzielający niniejszego pełnomocnictwa oświadcza, iż w przypadku wniesienia przez któregośkolwiek z Wykonawców środka ochrony prawnej, którego podstawą będzie aspekt merytoryczny – oraz niekorzystnego orzeczenia w tym zakresie – poniesie on wszelkie koszty z tym związane.

Wyznaczam:

nr tel.

e-mail.

do wykonywania wszelkich czynności w niniejszym postępowaniu związanych z przygotowaniem opisu przedmiotu zamówienia, określaniem parametrów granicznych i ocenianych, ustalaniem kryteriów oceny ofert i sposobu oceny w tych kryteriach oraz czynności związanych z oceną ofert. Osoba ta będzie brała udział w postępowaniu w sposób wskazany przez Dyrektora Zakładu Zamówień Publicznych, w szczególności w charakterze członka Komisji Przetargowej lub eksperta.

Niniejsze pełnomocnictwo wygasa w chwili niewybrania mocodawcy realizatorem programu polityki zdrowotnej pn.: *Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 w zakresie zadania: wyposażenie/ doposażenie w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych zakładów diagnostyki obrazowej* w roku 2019.

Imię i nazwisko (wpisać właściwe)

/dokument podpisany elektronicznie/