

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Lecznictwa Cezal Lublin Sp. z o.o.

Siedziba: Al. Spółdzielczości Pracy 38, 20-147 Lublin

Adres poczty elektronicznej: przetargi@cezal.lublin.pl

Strona internetowa: www.cezal.lublin.pl

Numer telefonu: 0 ( 81 ) 446 60 74 tel. kom. 607 865 404\*

Numer faksu: 0 (81 ) 446 60 76

Numer REGON: 430412698

Numer NIP: 712-10-02-094

Nr rachunku rozliczeniowego Santander Bank Polska S.A. 1 Oddział w Lublinie Nr konta: 26 1090 2688 0000 0001 3451 7030

Godziny urzędowania od poniedziałku do czwartku od godz. 7:30 do 16:00, piątek od godz. 08:00 do 14:00

**Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą – nie prowadzącą działalności... / mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)****2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	11 248,20 zł.	1 176,83 zł.	8% i 23%	12 425,00 zł.
14 itd	4 767,39 zł.	381,39 zł.	8%	5 148,78 zł.

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/***4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuje termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 81 446 60 76, e-mail: dok@cezal.lublin.pl, Al. Spółdzielczości Pracy 38, 20-147 Lublin

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 1 wynosi 24 miesięcy.****(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Agnieszka Makosz tel. kontaktowy 81 446 60 74 mail: przetargi@cezal.lublin.pl

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Katarzyna Anielak, Dominik Ambroziak tel. kontaktowy 81 446 60 60, 601 297 117 mail, : kanielak@cezal.lublin.pl

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: ERES MEDICAL SP. Z O.O.

Siedziba: Płuszwice Kol.64B, 21-008 Tomaszowice

Adres poczty elektronicznej: przetargi@eresmedical.com.pl

Strona internetowa: www.eresmedical.com.pl

Numer telefonu: 0 (81) 502 00 70 tel. kom. 609110922 \*

Numer faksu: 0 (81) 502 10 32

Numer REGON: 060292415

Numer NIP: 716-273-51-32

Nr rachunku rozliczeniowego: 73 1500 1520 1215 2008 6539 0000

Godziny urzędowania 8-16

**Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
11	5 650,00 zł	452,00 zł	8%	6 102,00 zł
14	4 400,00 zł	352,00 zł	8%	4 752,00 zł

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuje termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres (81) 502 10 32, Płuszwice Kol.64B, 21-008 Tomaszowice

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Krzysztof Radziwon – Dyrektor Regionalny tel. kontaktowy 607 279 211 mail: info@eresmedical.com.pl

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Krzysztof Radziwon – Dyrektor Regionalny tel. kontaktowy 607 279 211 mail: info@eresmedical.com.pl

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: PROMED S.A.  
 Siedziba: ul. Działkowa 56, 02-234 Warszawa  
 Adres poczty elektronicznej: przetargi@promed.com.pl  
 Strona internetowa: www.promed.com.pl  
 Numer telefonu: 0 ( 22 ) 839-99-01 tel. kom. ....\*  
 Numer faksu: 0 (22) 839-64-57  
 Numer REGON: 001325900  
 Numer NIP: 118-00-62-976  
 Nr rachunku rozliczeniowego 95 2490 0005 0000 4530 2498 7997  
 Godziny urzędowania 8.00-16.00

**Jestem: ~~osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą — nie prowadzącą działalności.../ mikro- / małym- / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)~~**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
 Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn  
 NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
7	6 230,00 zł	498,40 zł	8%	6 728,40 zł
13	45 500,00 zł	3 640,00 zł	8%	49 140,00 zł

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.  
 4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.  
 4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres (22) 839-64-57/ ul. Działkowa 56, 02-234 Warszawa

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr .....wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :  
 Marta Grosfeld tel. kontaktowy (22) 839-99-01 mail: przetargi@promed.com.pl  
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Michał Lis/Anna Seręga tel. kontaktowy (22) 839-64-57 mail, : przetargi@promed.com.pl

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon..... Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: ..... Stieglmeyer Sp. z o.o. ....

Siedziba: ..... 86-212 Stolno, Grubno 63 .....

Adres poczty elektronicznej: ... [info.stolno@stieglmeyer.com](mailto:info.stolno@stieglmeyer.com) .....Strona internetowa: ..... <https://www.stieglmeyer.com/pl/> .....

Numer telefonu: 0 ( 56 ) ..... 677 14 00 ..... tel. kom. .... nie dotyczy ....\*

Numer faksu: 0 ( 56 ) ..... 677 14 12 .....

Numer REGON: .. 870003447 .....

Numer NIP: ..... 875-000-30-01 .....

Nr rachunku rozliczeniowego .... PL52114010523761000000010387 .....

Godziny urzędowania ..... 7.00 – 15.00 .....

**Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ — ~~nie prowadząca działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)~~**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
6	142.405,00	11.392,40	8%	153.797,40

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres : Stieglmeyer Sp. z o.o.; 86-212 Stolno, Grubno 63, Fax. (56) 677 14 00, [service.stolno@stieglmeyer.com](mailto:service.stolno@stieglmeyer.com)

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr .....nie dotyczy..... wynosi .....nie dotyczy..... miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

..... Paweł Kowalski .....tel. kontaktowy...(56) 677 14 45 .... mail: .. [pawel.kowalski@stieglmeyer.com](mailto:pawel.kowalski@stieglmeyer.com) .

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

.... Krzysztof Szymczak . ....tel. kontaktowy... (56) 677 15 51 mail, : ...[krzysztof.szymczak@stieglmeyer.com](mailto:krzysztof.szymczak@stieglmeyer.com)**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię ..... nie dotyczy.....

Stanowisko ..... nie dotyczy.....

Telefon..... nie dotyczy.....Fax..... nie dotyczy.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Metalowiec sp. z o.o.

Siedziba: ul. Fabryczna 2, 46-100 Namysłów

Adres poczty elektronicznej: biuro@metalowiec.com.pl

Strona internetowa: WWW.metalowiec.com.pl

Numer telefonu: 0 77 4104558, 77 4104159 tel. Kom 607662550

Numer faksu: 0 77 4104264

Numer REGON: 000663769

Numer NIP: 7521451789

Nr rachunku rozliczeniowego 97 1750 1194 0000 0000 2662 1607

Godziny urzędowania 7-15

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą — nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
5	15050,00	1204,00	8%	16254,00

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres fax 77 4104264, ul. Fabryczna 2, 46-100 Namysłów

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 5. wynosi 48 miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Jolanta Humeniuk .tel. kontaktowy 607662550 mail: biuro@metalowiec.com.pl

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Jolanta Humeniuk .....tel. kontaktowy 607662550 mail, : biuro@metalowiec.com.pl

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon.....Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

SZP-332-28PN-2021

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Viridian Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Morgowa 4, 04-224 Warszawa,

Adres poczty elektronicznej: [info@viridian.com.pl](mailto:info@viridian.com.pl)Strona internetowa: [www.viridian.com.pl](http://www.viridian.com.pl)Numer telefonu: 0 (22) 844-30-30, tel. kom. ....\*  
Numer faksu: 0 (22) 844-29-62

Numer REGON: 014823618

Numer NIP: 521-29-83-607

Nr rachunku rozliczeniowego 35 1050 1041 1000 0022 1547 0416

Godziny urzędowania 8.00 – 16:00

**Jestem: osoba fizyczna prowadzącą działalność gospodarczą - nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
4	171 950,00	13 756,00	8%	185 706,00

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 844-29-62 ul. Morgowa 4 04-224 Warszawa..

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.****(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Specjalista ds. Przetargów tel. Kontaktowy 22 844-30-30 mail: [annamaria@viridian.com.pl](mailto:annamaria@viridian.com.pl)► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Kierownik ds. Kluczowych Klientów tel. Kontaktowy 22 844-30-30 mail, : [m.sopinski@viridian.com.pl](mailto:m.sopinski@viridian.com.pl)**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon.....Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Walmed Sp. z o.o.

Siedziba: .....ul. Ptaków Leśnych 73, 05-500 Jastrzębie...

Adres poczty elektronicznej: .przetargi@walmed.pl

Strona internetowa: www.walmed.pl

Numer telefonu: 0 ( 22 ) .750-43-04. tel. kom. ....604 979 333.....\*

Numer faksu: 0 (..22.. ) .211-19-10..

Numer REGON: ....017317181

Numer NIP: ..951-20-23-210....

Nr rachunku rozliczeniowego 28 1090 2851 0000 00014752 9041

Godziny urzędowania .....8.00 – 16.30.....

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ — ~~nie prowadząca działalności...~~ / mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)

### 2. Dane dotyczące Zamawiającego

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie**

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

### 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

#### 3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
8	5 994,00 (1 szt.)	479,52	8%	6 473,52
9	12 900,00 (2 szt.)	1 032,00	8%	13 932,00

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

### 4. Oświadczam, że:

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
- 4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.
- 4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22/211-19-10, [biuro@walmed.pl](mailto:biuro@walmed.pl), ul. Ptaków Leśnych 73, 05-500 Jastrzębie

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Biameditek Sp. z o.o.**

Siedziba: ul. Elewatorska 58, 15-620 Białystok

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@biameditek.pl](mailto:przetargi@biameditek.pl)Strona internetowa: [www.biameditek.pl](http://www.biameditek.pl)

Numer telefonu: 0 ( 85 ) 66 45 200. tel. kom. ....\*"

Numer faksu: 0 ( 85 ) 6645266

Numer REGON: 002331830

Numer NIP: 542-020-13-57

Nr rachunku rozliczeniowego 66 1050 0086 1000 0022 7363 3814

Godziny urzędowania 8:00-16:00

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
8	2 450,00 zł	196,00 zł	8 %	2 646,00 zł

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 85 66 45 266, [sprzedaz@biameditek.pl](mailto:sprzedaz@biameditek.pl)

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Wojciech Kalinowski tel. Kontaktowy 85 66 45 200 mail: [przetargi@biameditek.pl](mailto:przetargi@biameditek.pl)

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Marcin Beczak tel. Kontaktowy 608 388 255 mail, : [mbeczak@biameditek.pl](mailto:mbeczak@biameditek.pl)**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon.....Fax.....

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: REVITA EWA KRUTUL

Siedziba: PODAMIROWO 30, 76-031 MŚCICE  
 Adres poczty elektronicznej: [ania@revita.pl](mailto:ania@revita.pl)  
 Strona internetowa: -  
 Numer telefonu: 094 343 83 16 tel. kom. 535 755 166  
 Numer faksu: 0 94 346 40 78  
 Numer REGON: 320301610  
 Numer NIP: 842 125 59 83  
 Nr rachunku rozliczeniowego 29 1090 1711 0000 0001 0639 2551  
 Godziny urzędowania 7:30-15:30

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą — nie prowadząca działalności.../ mikro / — małym / — średnim / — dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
 Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn  
 NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
10	8508,00	680,64	8%	9188,64

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 94 346 40 78, e-mail: [serwis@revita.pl](mailto:serwis@revita.pl), Podamirowo 30, 76-031 Mścice,

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 — Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**{brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium}**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

RAFAŁ KRUTUL tel. Kontaktowy 94 343 56 80 mail: [biuro@revita.pl](mailto:biuro@revita.pl)

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

ANNA LEWANDOWSKA tel. Kontaktowy 94 343 83 16 mail, : [ania@revita.pl](mailto:ania@revita.pl)

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon..... Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Bioti Sp. z o.o. ....

Siedziba: 03-289 Warszawa, Ostródzka 196 .....

Adres poczty elektronicznej: info@biotipoland.pl.....

Strona internetowa: .....

Numer telefonu: 0 ( ) ..... tel. kom. 798020918 .....

Numer faksu: 0 ( ... ) .....

Numer REGON: 146679429.....

Numer NIP: 5242759932.....

Nr rachunku rozliczeniowego 05 2490 0005 0000 4530 9872 6398.....

Godziny urzędowania 8.30-16.30 .....

**Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

## 3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
14	4800,00	384,00	8	5184,00
Razem	4800,00	384,00	8	5184,00

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanymi

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Sani sp. z o.o. sp. k.

Siedziba: ul. Grafitowa 2

65-128 Zielona Góra

Adres poczty elektronicznej: biuro@sani.pl

Strona internetowa: www.sani.pl

Numer telefonu: 0 (.. ) 68 422 70 90 tel. kom. 792 234 567

Numer faksu: 0 (... ) 68 422 70 93

Numer REGON: 080370453

Numer NIP: 929-18-17-873

Nr rachunku rozliczeniowego 47 1020 5402 0000 0002 0449 5552

Godziny urzędowania 08.00-16.00

**Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
15	38 544,00 zł	3 083,52 zł	8%	41 627,52 zł

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 68 422 70 93, Sani sp. z o.o. sp. k. ul. Grafitowa 2

65-128 Zielona Góra **4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 15 wynosi 36 miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :  
Jakub Janowski tel. Kontaktowy 68 422 70 90 wew. 2 mail: biuro@sani.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
Joanna Wolińska tel. Kontaktowy 792 234 567

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Zakład Techniki Medycznej "TECH-MED" Sp. z o.o.  
 Siedziba: ul. Ernsta Petersona 6A, 85-862 Bydgoszcz  
 Adres poczty elektronicznej: ruszczak@techmed.com.pl  
 Strona internetowa: www.techmed.com.pl  
 Numer telefonu: 0 (52) 360 58 50 tel. kom. 533 394 939\*  
 Numer faksu: 0 (52) 360 58 80  
 Numer REGON: 092336441  
 Numer NIP: 953 22 86 409  
 Nr rachunku rozliczeniowego BNP Paribas Bank Polska S.A.  
 Konto bankowe PLN: 75 1750 1051 0000 0000 4086 7171  
 Godziny urzędowania 07:30- 15:30

**Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
 Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn  
 NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-28PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
2	29900,00 zł	2392,00 zł	8%	32292,00 zł
3	3900,00 zł	312,00 zł	8%	4212,00 zł

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.  
 4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.  
 4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: fax 52 360 58 80, Zakład Techniki Medycznej "TECH-MED" Sp. z o.o. ul. Ernsta Petersona 6A, 85-862 Bydgoszcz

**4.4 Dotyczy zad. nr 1, 2, 3 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 2 wynosi 36 miesięcy, zadania nr 3 wynosi 48 miesięcy.**

**(brak wpisu oznaczać będzie zaoferowanie minimalnego okresu gwarancji i przyznanie 0 pkt. w kryterium)**

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :  
 Patrycja Ruszczak tel. Kontaktowy 52 360 58 50 mail: ruszczak@techmed.com.pl  
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Michałina Dumalska tel. Kontaktowy +48 537 385 560 mail, : dumalska@techmed.com.pl

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon..... Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie