

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: EMTEL Śliwa spółka komandytowa

Siedziba: A. Mickiewicza 66, 41-807 Zabrze

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

Numer telefonu: 0 (32) 271 90 13 tel. kom. ....\*

Numer faksu: 0 (32) 32 271 57 27

Numer REGON: 364062602

Numer NIP: 6482777404

Nr rachunku rozliczeniowego: 21 1050 1298 1000 0090 3093 4500

Godziny urzędowania: 8:00 – 16:00

**Jestem: osobą 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-332-33PN-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
21	2.058,00	208,44	8 i 23%	2.266,44

*/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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: 32 271 57 27, e-mail: [medical@emtel.pl](mailto:medical@emtel.pl)**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Hanna Kozłowska tel. kontaktowy 32 271 90 13 mail: [medical@emtel.pl](mailto:medical@emtel.pl)

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

Marcin Śliwa tel. kontaktowy 32 271 90 13 mail: [medical@emtel.pl](mailto:medical@emtel.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

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: MDS Cardio Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Transportowców 11, 02-858 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@e-mds.pl](mailto:przetargi@e-mds.pl) ; [mds@e-mds.pl](mailto:mds@e-mds.pl)

Strona internetowa: [www.e-mds.pl](http://www.e-mds.pl)

Numer telefonu: 0 ( 22 ) 644 80 62 tel. kom. \_\_\_\_\_\*

Numer faksu: 0 ( 22 ) 644 81 89

Numer REGON: 015692785

Numer NIP: 9512102903

Nr rachunku rozliczeniowego: BNP Paribas 70 1600 1462 1822 8605 3000 0001

Godziny urzędowania: 8-16

**Jestem: ~~osobą 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-332-33PN-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
13	11 404,00 zł	912,32 zł	8%	12 316,32 zł
15	3 360,00 zł	268,80 zł	8%	3 628,80 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 SWZ.  
4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: fax 22 644 81 89, MDS Cardio Sp. z o.o., ul. Transportowców 11, 02-858 Warszawa

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Grażyna Kwapisz, Tomasz Kodłubaj tel. kontaktowy 22 644 80 62 mail: [przetargi@e-mds.pl](mailto:przetargi@e-mds.pl)  
► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Jakub Wójcik tel. kontaktowy 22 644 80 62 mail, : [serwis@e-mds.pl](mailto:serwis@e-mds.pl) ; [mds@e-mds.pl](mailto:mds@e-mds.pl)

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

Nazwisko, imię .....

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: Empireum Piotr Dopieralski

Siedziba: Chotomowska 30, 05-110 Jabłonna

Adres poczty elektronicznej: [biuro@empireum.com.pl](mailto:biuro@empireum.com.pl)Strona internetowa: <https://empireum.com.pl/>Numer telefonu: 0 (22) 782-44-74, tel. kom. ....\*<sup>\*</sup>

Numer faksu: 0 (22) 266-84-97

Numer REGON: 871253324

Numer NIP: 956-169-75-98

Nr rachunku rozliczeniowego: 43 1750 0012 0000 0000 1341 7048

Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

**Jestem: osobą 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-332-33PN-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	3 772,00 PLN	301,76 PLN	8%	4 073,76 PLN
6	9 256,50 PLN	740,52 PLN	8%	9 997,02 PLN
10	1 557,00 PLN	124,56 PLN	8%	1 681,56 PLN
11	1 641,00 PLN	131,28 PLN	8%	1 772,28 PLN
18	486,00 PLN	38,88 PLN	8%	524,88 PLN
21	930,00 PLN	74,40 PLN	8%	1 004,40 PLN

*/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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 266 84 97, [biuro@empireum.com.pl](mailto:biuro@empireum.com.pl)**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Magdalena Włodek tel. kontaktowy 22 782 44 74 mail: [biuro@empireum.com.pl](mailto:biuro@empireum.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

Załącznik Nr 1

**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) 66 45 266

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

Signed by /  
Podpisano przez:

Urszula Błady

Date / Data:  
2021-05-17  
11:34

**Jestem: ~~osobą 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-332-33PN-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	73 995,00 zł	5 919,60 zł	8	79 914,60 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 SWZ.

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, Biameditek ul. Elewatorska 58, 15-620 Białystok

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Urszula Błady 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.....

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

**7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uważam(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych

Załącznik Nr 1

**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 ) 839-93-01 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 8-16

**Jestem: ~~osobą 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-332-33PN-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	48 730,00 zł	3 898,40 zł	8%	52 628,40 zł
2	2 920,00 zł	233,60 zł	8%	3 153,60 zł
3	53 450,00 zł	4 276,00 zł	8%	57 726,00 zł
8	21 990,00 zł	1 759,20 zł	8%	23 749,20 zł
9	18 980,00 zł	1 518,40 zł	8%	20 498,40 zł
12	115 400,00 zł	9 232,00 zł	8%	124 632,00 zł
16	3 080,00 zł	246,40 zł	8%	3 326,40 zł
17	3 080,00 zł	246,40 zł	8%	3 326,40 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 SWZ.

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 / dok@promed.com.pl, ul. Działkowa 56, 02-234 Warszawa

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **GE Medical Systems Polska Sp. z o.o.**Siedziba: **ul. Wołoska 9, 02-583 Warszawa**Adres poczty elektronicznej: **[sekretariatwarszawa@ge.com](mailto:sekretariatwarszawa@ge.com); [justyna.parol-szymczuk@ge.com](mailto:justyna.parol-szymczuk@ge.com)**Strona internetowa: **[www3.gehealthcare.pl](http://www3.gehealthcare.pl)**Numer telefonu: **0 (22) 330 83 00; tel. kom. 502 059 082\***Numer faksu: **0 (22) 330 83 83**Numer REGON: **010478403**Numer NIP: **522-00-19-702**Nr rachunku rozliczeniowego **20 1030 1508 0000 0005 0429 3009**Godziny urzędowania **08:00 – 16:00****Jestem: ~~osobą 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-332-33PN-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
<b>22</b>	11 300,00	2 599,00	23	<b>13 899,00</b>
itd				

***/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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres (22) 330 83 55, zgłoszenia.serwis@ge.com, ul. Wołoska 9; 02-583 Warszawa

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Justyna Parol-Szymczuk tel. kontaktowy **502 059 082** mail: [justyna.parol-szymczuk@ge.com](mailto:justyna.parol-szymczuk@ge.com)

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

Paweł Wojtaszek tel. kontaktowy **600 950 050** mail, : [Pawel.Wojtaszek1@ge.com](mailto:Pawel.Wojtaszek1@ge.com)

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: LM Line Sp. z o.o.

Siedziba: u. Kniewska 2K, 70-346 Szczecin

Adres poczty elektronicznej: przetargi@lmline.pl

Strona internetowa: lmline.pl

Numer telefonu: 0 (91) 466 60 66 tel. kom. 722 227 253\*

Numer faksu: 0 (91) 466 60 66

Numer REGON: 320 137 033

Numer NIP: 955 215 01 79

Nr rachunku rozliczeniowego 49 2490 0005 0000 4530 8020 2874

Godziny urzędowania 8.00-16.00

**Jestem: osobą 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-332-33PN-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	3556,00	284,48	8	3840,48
11	1440,00	115,20	8	1555,20
18	375,00	30	8	405,00

*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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 91 466 60 55, handel@lmline.pl

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Joanna Szewczyk- specjalista ds. zamówień publicznych tel. Kontaktowy 91 466 60 66 mail: przetargi@lmline.pl

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

Anna Antczak tel. Kontaktowy 91 466 60 66 wew.2 mail, : handel@lmline.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

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: Dräger Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Posąg 7 Panien 1, 02 – 495 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: [aleksandra.nowak@draeger.com](mailto:aleksandra.nowak@draeger.com)Strona internetowa: [https://www.draeger.com/pl\\_pl/Home](https://www.draeger.com/pl_pl/Home)

Numer telefonu: (32) 368 76 60 tel. kom. 663 410 342 \*

Numer faksu: (32) 601 26 24

Numer REGON: 090518586

Numer NIP: 5540232610

Nr rachunku rozliczeniowego 09 1600 1462 0008 3281 8666 8001

Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

**Jestem: ~~osobą 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-332-33PN-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
20	3 880,00 zł	310,40 zł	8%	4 190,40 zł
24 poz. 1, 3	2 759,00 zł	220,72 zł	8 %	2 979,72 zł
24 poz. 2, 4	2 530,00 zł	581,90 zł	23 %	3 111,90 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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 52 346 14 37; [elzbieta.kapron@draeger.com](mailto:elzbieta.kapron@draeger.com)**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Aleksandra Nowak tel. Kontaktowy 663 410 342 mail: [aleksandra.nowak@draeger.com](mailto:aleksandra.nowak@draeger.com)

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

Elzbieta Kapron tel. Kontaktowy 52 346 14 33 mail: [elzbieta.kapron@draeger.com](mailto:elzbieta.kapron@draeger.com)**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: Viridian Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Morgowa 4, 04-224 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: viridian@viridian.com.pl

Strona internetowa: www.viridian.com.pl

Numer telefonu: tel. 22 844 30 30 tel. kom. ....\*

Numer faksu: 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 8-16

**Jestem: osobą 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-332-33PN-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	311.390,00	24.911,20	8%	336.301,20 zł
8	19.840,00	1.587,20	8%	21.427,20
16	2.800,00	224,00	8%	3.024,00
17	2.800,00	224,00	8%	3.024,00

*/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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres mail: [viridian@viridian.com.pl](mailto:viridian@viridian.com.pl), faks: 22 844 29 62, ul. Morgowa 4, 04-224 Warszawa**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Ewa Szymańska – Kosuda tel. Kontaktowy 22 844 30 30 mail: [viridian@viridian.com.pl](mailto:viridian@viridian.com.pl)

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

Ewa Szymańska – Kosuda tel. Kontaktowy 22 844 30 30 mail: [viridian@viridian.com.pl](mailto:viridian@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

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: .....SCHILLER Poland Sp. z o.o.....

Siedziba: .....ul. Rolna 157, 02-729 Warszawa.....

Adres poczty elektronicznej: .....schiller@schiller.pl.....

Strona internetowa: .....www.schiller.pl.....

Numer telefonu: 0 ( 22 ) .....6473590 do 92..... tel. kom. ...604415236...\*

Numer faksu: 0 (22) .....8432089.....

Numer REGON: .....011104580.....

Numer NIP: .....521-012-45-21.....

Nr rachunku rozliczeniowego .....91 1750 0009 0000 0000 0094 9736.....

Godziny urzędowania .....8.00 – 16.00.....

**Jestem: ~~osobą 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-332-33PN-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
Nr 14	4 530,00	362,40	8	4 892,40

*/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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22/6473590 do 92, 84320892, ul. Rolna 157, 02-729 Warszawa, [www.schiller.pl](http://www.schiller.pl) – aplikacja serwisowa lub bezpośrednio pod adresem: [serwis@serwis.pl](mailto:serwis@serwis.pl)**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Aldona Dawidowicz.....tel. kontaktowy.....604415236. mail: [aldona.dawidowicz@schiller.pl](mailto:aldona.dawidowicz@schiller.pl)

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

Aldona Dawidowicz.....tel. kontaktowy.....604415236. mail: [aldona.dawidowicz@schiller.pl](mailto:aldona.dawidowicz@schiller.pl)**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....NIE DOTYCZY.....

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

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

**7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**