

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

Nazwa: Abena Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Nowa 15 Łozienica 72-100 Olsztyn

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

Numer telefonu: 0 ( 91 ) 419 43 20 tel. kom. \_\_\_\_\_\*

Numer faksu: 0 (91 ) 419 43 44

Numer REGON: 320054181

Numer NIP: 955-212-87-19

Nr rachunku rozliczeniowego 03 2360 0005 0000 0045 5026 6499

Godziny urzędowania 7-15

**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-332-27PN-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
16	142 000,00	11 360,00	8%	153 360,00

*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 SIWZ 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 91 419-43-20 [przetargi@abena.pl](mailto:przetargi@abena.pl) **4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Renata Szymańska tel. Kontaktowy 91 419-43-23 mail: [biuro@abena.pl](mailto:biuro@abena.pl)

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

Dział Handlowy tel. Kontaktowy 91 419-43-20 mail, : [biuro@abena.pl](mailto:biuro@abena.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

**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: 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-332-27PN-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	17 134,25 zł.	1 370,75 zł.	8%	18 505,00 zł.
9 itd	2 037,04 zł.	162,96 zł.	8%	2 200,00 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 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 81 446 60 76, e-mail: dok@cezal.lublin.pl, Al. Spółdzielczości Pracy 38, 20-147 Lublin

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 1, 9 wynosi 24 miesięcy. (brak wpisu, informacji w ofercie 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: Inview Medical Mercik, Mercik Spółka Jawna

Siedziba: pl. Powstańców Śląskich 17A lokal 222, 53- 329 Wrocław

Adres poczty elektronicznej: p.tumialojc@inviewmedical.pl; info@inviewmedical.pl

Strona internetowa: www.inviewmedical.pl

Numer telefonu: 0 ( 71 ) 787 75 45 tel. kom. 600853997\*

Numer faksu: 0 ( 71 ) 787 75 41

Numer REGON: 20931674

Numer NIP: 899-266-41-43

Nr rachunku rozliczeniowego 19 1020 5226 0000 6902 0676 0195

Godziny urzędowania 9.00 - 17.00

**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-332-27PN-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	59 194,45 zł	4 735,55 zł	8%	63 930,00 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 SIWZ 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 71 787 75 41

pl. Powstańców Śląskich 17A lokal 222, 53- 329 Wrocław

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 6 wynosi 24 miesiące.****(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Przemysław Tumiałojc tel. kontaktowy 600853997 mail: p.tumialojc@inviewmedical.pl;

info@inviewmedical.pl

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

Robert Mercik tel. kontaktowy 71 787 75 45 mail: info@inviewmedical.pl

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

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

Nazwa: **PAUL HARTMANN POLSKA sp. z o.o.**

Siedziba: **95-200 Pabianice; ul. Stefana Żeromskiego 17**

Adres poczty elektronicznej: **hanna.wesolek@hartmann.info**

Strona internetowa: **www.hartmann.pl**

Numer telefonu: **0 ( 42 ) 22-52-745 tel. kom. 532 796 689**

Numer faksu: **0 (42) 209-46-47**

Numer REGON: **471042226**

Numer NIP: **731 00 04 993**

Nr rachunku rozliczeniowego: **BGŻ BNP Paribas S.A. 09 1600 1143 1838 8732 8000 0001**

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-332-27PN-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>16</b>	<b>199 800,00 zł</b>	<b>15 984,00 zł</b>	<b>8%</b>	<b>215 784,00 zł</b>

*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 / 42/209 46 46 i adres e-mail: dagmara.marianowska@hartmann.info

**4.4 Dotyczy zad. nr ..... Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :  
 Hanna Wesolek tel. Kontaktowy 42 225 27 48 mail: hanna.wesolek@hartmann.info

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Dagmara Marianowska tel. Kontaktowy 42 225 22 76 mail : dagmara.marianowska@hartmann.info

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

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

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

1



Signed by /  
 Podpisano przez:

Katarzyna  
 Świtalska

Date / Data: 2021-  
 11.03.2021

Załącznik Nr 1

### FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

#### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Abena Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Nowa 15 Łozienica 72-100 Olsztyn  
 Adres poczty elektronicznej: [biuro@abena.pl](mailto:biuro@abena.pl)  
 Strona internetowa: [www.abean.pl](http://www.abean.pl)  
 Numer telefonu: 0 ( 91 ) 419 43 20 tel. kom. \_\_\_\_\_\*  
 Numer faksu: 0 (91 ) 419 43 44  
 Numer REGON: 320054181  
 Numer NIP: 955-212-87-19  
 Nr rachunku rozliczeniowego 03 2360 0005 0000 0045 5026 6499  
 Godziny urzędowania 7-15

**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-332-27PN-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
16	142 000,00	11 360,00	8%	153 360,00

*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 91 419-43-20 [przetargi@abena.pl](mailto:przetargi@abena.pl)
- 4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr.....wynosi ..... miesięcy.**  
**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :  
 Renata Szymańska tel. Kontaktowy 91 419-43-23 mail: [biuro@abena.pl](mailto:biuro@abena.pl)
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Dział Handlowy tel. Kontaktowy 91 419-43-20 mail, : [biuro@abena.pl](mailto:biuro@abena.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

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

Nazwa: ZARYS International Group sp. z o. o. sp. k.

Siedziba: ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze

Adres poczty elektronicznej: przetargi@zarys.com.pl

Strona internetowa: zarys@zarys.pl

Numer telefonu: 0 (32) 376-07-41 tel. kom. ....\*

Numer faksu: 0 (32) 376-07-64

Numer REGON: 273295877

Numer NIP: 648-19-97-718

Nr rachunku rozliczeniowego ING Bank Śląski 81 1050 1588 1000 0002 0317 2614

Godziny urzędowania 7.30-15.30

**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, 10-551 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-27PN-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	2 900,00 zł	232,00 zł	8%	3 132,00 zł
3	87 317,00 zł	7 022,86 zł	8% i 23%	94 339,86 zł
16	97 600,00 zł	7 808,00 zł	8%	105 408,00 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 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 (32) 376-07-56, [zamowienia@zarys.pl](mailto:zamowienia@zarys.pl)

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie oznaczać będzie zaofiarowanie 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 Zagórska tel. Kontaktowy (32) 376-07-41 mail: przetargi@zarys.pl

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

Ewelina Baran-Pawelczyk tel. Kontaktowy (32) 376-07-55 mail, : zamowienia@zarys.pl

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

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Broti sp. z o.o. ....  
Siedziba: 03-239 Warszawa, Otróżdzika 196 .....  
Adres poczty elektronicznej: info@biotipoland.pl .....  
Strona internetowa: .....  
Numer telefonu: + 46 798 020 918 . tel. kom .....\*  
Numer faksu: 0 ( . . . ) .....  
Numer REGON: 146679429 .....  
Numer NIP: 5242759932 .....  
Nr rachunku rozliczeniowego 05 2490 0005 0000 4530 5872 6398 .....  
Godziny urzędowania 8.30 – 16.30 .....

**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 18e , 10-501 Olsztyn  
Regon 000295580

### 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym: Nr sprawy: SZP-332-27PN-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
9	5000,00	400,00	8%	5400,00
razem	5000,00	400,00	8%	5400,00

SZP-332-28PN-2021

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Xanthus Viomedical Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Połeczki 23, 02-822 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: [viomedical@viomedical.com](mailto:viomedical@viomedical.com)Strona internetowa: [www.viomedical.com](http://www.viomedical.com)

Numer telefonu: (22) 648 31 07

Numer faksu: (22) 648 21 75

Numer REGON: 141354556

Numer NIP: 1132715854

Nr rachunku rozliczeniowego 70 1050 1025 1000 0090 8024 3422

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-332-27PN-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	5 500,00	440,00	8%	5 940,00

*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) 648 21 75, [viomedical@viomedical.com](mailto:viomedical@viomedical.com)

**4.4 Dotyczy zad. Nr 7 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 7 wynosi 36 miesięcy. (brak wpisu, informacji w ofercie oznaczać będzie zaofiarowanie 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 :

Małgorzata Maciejowska tel. kontaktowy (22) 648 31 07 mail: [viomedical@viomedical.com](mailto:viomedical@viomedical.com)

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

Szymon Miller tel. kontaktowy (22) 648 31 07 mail: [viomedical@viomedical.com](mailto:viomedical@viomedical.com)**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

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

Nazwa: Mercator Medical S.A.

Siedziba: 31-327 Kraków, ul. Modzelejowskiej 30

Adres poczty elektronicznej: przetargi@pl.mercatormedical.eu

Strona internetowa: www.mercatormedical.eu

Numer telefonu: 0 ( 12 ) 66 55 400 tel kom 665 810 263\*

Numer faksu: 0 ( 12 ) 66 55 415

Numer REGON: 350967107

Numer NIP: 677 10 36 424

Nr rachunku rozliczeniowego: 86 1140 1081 0000 3197 5000 1001

Godziny urzędowania: 7-15

**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-332-27PN-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	40 320,00 zł	3 225,60 zł	8%	43 545,60 zł
16	126 000,00 zł	10 080,00 zł	8%	136 080,00 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 SIWZ 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 -faks:544 169 601, Biuro Handlowe i Magazyn Centralny Brześć Kujawski, 87-880 Brześć Kujawski.

**4.4 Dotyczy zad. Nr .."nie dotyczy" - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ...nie dotyczy"..... wynosi ..... "nie dotyczy"..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 : Agata Szumska tel. Kontaktowy 12 66 55 450 mail: przetargi@pl.mercatormedical.eu

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Krystyna Pawlak-Smolińska tel. Kontaktowy 544 169 625 mail: bok@pl.mercatormedical.eu

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

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

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

Nazwa: . ANGA ANIOŁA TOMASZ ANIOŁA

Siedziba: u I. Słonimska 11, Poznań 61-132

Adres poczty elektronicznej: [anga.aniola@op.pl](mailto:anga.aniola@op.pl)

Strona internetowa: .....

Numer telefonu: 0 ( 61 ) 8422490..... tel. kom. 693100393.....\*

Numer faksu: 0 (61 ) 8429180.....

Numer REGON: 365748951

Numer NIP: 7822117482

Nr rachunku rozliczeniowego 24 1910 1048 2263 0000 1870 0001

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-332-27PN-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	1760,00 zł	140,80 zł	8%	1900,80 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 SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 618429180 [anga.aniola@op.pl](mailto:anga.aniola@op.pl) u I. Słonimska 11 Poznań 61-132

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr .....11.. wynosi .....60..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :  
TOMASZ ANIOŁA.....tel. kontaktowy ( 61 ) 8422490 mail: [anga.aniola@op.pl](mailto:anga.aniola@op.pl)....

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
TOMASZ ANIOŁA.....tel. kontaktowy ( 61 ) 8422490 mail: [anga.aniola@op.pl](mailto:anga.aniola@op.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: Mikamed Sp. z o. o

Siedziba: ul. Bądkowskiego 41/7, 80-137 Gdańsk

Adres poczty elektronicznej: biuro@mikamed.pl

Strona internetowa: .....

Numer telefonu: 0 (58) 74-22-909 tel. kom. 722-156-136\*

Numer faksu: 0 (58) 74-22-808

Numer REGON: 220532459

Numer NIP: 957-098-69-65

Nr rachunku rozliczeniowego 92 1030 0019 0109 8530 0015 6965

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-332-27PN-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	28212,00	2321,76	8%	30533,76
15	74600,00	5968,00	8%	80568,00

/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 (58) 74-22-808 Mikamed Sp. z o. o. ul. Bądkowskiego 41/7, 80-137 Gdańsk email: biuro@mikamed.pl

4.4 Dotyczy zad. nr ..... Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.

(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Kamil Przybyszewski tel. Kontaktowy (58) 74-22-909 mail: biuro@mikamed.pl

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

Kamil Przybyszewski tel. Kontaktowy (58) 74-22-909 mail: biuro@mikamed.pl

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

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

1

MIKAMED Sp. z o.o.  
Przedstawiciel handlowy  
Kamil Przybyszewski

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

Nazwa: EQUIMED HOLDA, LENK, TREMBECKI S.J.

Siedziba: UL. PRĄDNICKA 46, 31-202 KRAKÓW  
 Adres poczty elektronicznej: olsztyn@equimed.com.pl  
 Strona internetowa: equimed.com.pl  
 Numer telefonu: 0 ( 89 ) 51 95 795 . tel. kom. 694 48 63 73 \*  
 Numer faksu: 0 (89 ) 51 95 795  
 Numer REGON: 350526410  
 Numer NIP: 676-001-28-97.  
 Nr rachunku rozliczeniowego 11 1240 4533 1111 0000 5429 8800  
 Godziny urzędowania 8:00-16:00.

**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-332-27PN-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	13 200,00	3 036,00	23%	16 236,00

*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 89/51 95 795 [olsztyn@equimed.com.pl](mailto:olsztyn@equimed.com.pl)

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 10 wynosi 36mc miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :  
 Renata Janowska-Szmyt .tel. kontaktowy 694 48 63 73 . mail: [olsztyn@equimed.com.pl](mailto:olsztyn@equimed.com.pl) .  
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Renata Janowska-Szmyt .tel. kontaktowy 694 48 63 73 . mail: [olsztyn@equimed.com.pl](mailto:olsztyn@equimed.com.pl) .

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

Nazwisko, imię \_\_\_\_\_  
 Stanowisko \_\_\_\_\_

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

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

Nazwa: BIOTRONIK Polska Sp. z o. o.

Siedziba: ul. Murawa 12-16, 61-655 Poznań

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

Numer telefonu: 0 61 8681-465 tel. kom. 691-358-882

Numer faksu: 61 8687-028

Numer REGON: 639773285

Numer NIP: 7792121615

Nr rachunku rozliczeniowego 83 1140 1124 0000 4325 9000 1001 mBank S.A.

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-332-27PN-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	8000,00	640,00	8%	8640,00

*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 61 8681-465 / [logistyka@biotronik.com](mailto:logistyka@biotronik.com)

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 7 wynosi 24 miesięcy. (brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Anna Preuss – Specjalista ds. Obsługi Rynku tel. Kontaktowy 61 8681-465 mail: [przetargi@biotronik.com](mailto:przetargi@biotronik.com)

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

Piotr Rozynek – Logistyk, Karol Kaźmierkiewicz - Logistyk tel. Kontaktowy 61 8681-465 mail

[logistyka@biotronik.com](mailto:logistyka@biotronik.com)**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: 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: — 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 Ciszyn  
 NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-27PN-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	5980,00 zł	478,40 zł	8%	6458,40 zł
9	3240,00 zł	259,20 zł	8%	3499,20 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 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 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 8 i 9 wynosi 36 miesięcy. (brak wpisu, informacji w ofercie 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:  
 Michalina 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

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

SZP-332-27PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Stryker Polska Sp. z o.o.

Siedziba: 02-822 Warszawa, ul. Poleczki 35  
Adres poczty elektronicznej: karolina.chodnicka@stryker.com  
Strona internetowa: www.stryker.com  
Numer telefonu: 0 (22) 429 55 50 tel. kom. ....\*  
Numer faksu: 0 (22) 429 55 60  
Numer REGON: 011207155  
Numer NIP: 952-00-15-337  
Nr rachunku rozliczeniowego 23 1030 1508 0000 0008 1592 6019  
Godziny urzędowania .....8-16.....

**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-332-27PN-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	16 900.00	1 352.00	8%	18 252.00

*/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 GWZ 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 22 429 55 60, Stryker polska sp. zo.o. 02-822 Warszawa, ul. Poleczki 35

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ...- ..... wynosi .....- ..... miesięcy. – nie dotyczy dla zadania 4  
(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :  
Karolina Chodnicka tel. Kontaktowy 22 429 55 50 . mail: karolina.chodnicka@stryker.com
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
Michał Wojcik tel. Kontaktowy 22 429 55 50 mail. : zamowienia@stryker.com

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

Nazwisko, imię .....  
Stanowisko .....  
Telefon ..... Fax .....

SZP-332-28PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie  
1

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez  
Karolina Chodnicka  
Data: 2021.07.30 10:49:23  
CEST

**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 8-16

**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 739-29-54-543 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-27PN-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	6 250,00 zł	500,00 zł	8%	6 750,00 zł

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli 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 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr nie dotyczy wynosi nie dotyczy miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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:  
 Katarzyna Chracewicz – Peika tel. kontaktowy (22) 839-99-01 mail: dok@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: **Elektro Med Grzegorz Pałkowski**

Siedziba: 32-005 Niepołomice, ul. Zabierzowska 11

Adres poczty elektronicznej: [zp3@elektromed.pl](mailto:zp3@elektromed.pl)Strona internetowa: [www.elektromed.pl](http://www.elektromed.pl)

Numer telefonu: 0 ( 12 ) 362 62 70 tel. kom. \_\_\_\_\_\*

Numer faksu: 0 ( 12 ) 281 20 11

Numer REGON: 351517286

Numer NIP: 683-149-14-75

Nr rachunku rozliczeniowego Bank Pekao S.A. 30 1240 4588 1111 0000 5494 4172

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-332-27PN-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	1 600,00 zł	128,00 zł	8%	1 728,00 zł
2 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 SIWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 12 288 91 42, [bok1@elektromed.pl](mailto:bok1@elektromed.pl)**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.****(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Monika Bukowska-Flis tel. Kontaktowy: 12 362 62 87 mail: [zp3@elektromed.pl](mailto:zp3@elektromed.pl)

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

Renata Przybyłowicz tel. Kontaktowy: 12 362 62 72 mail: [bok1@elektromed.pl](mailto:bok1@elektromed.pl)




Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Przedsiębiorstwo Produkcyjno - Handlowo - Usługowe LIMARCO Lidia Zajkowska

Siedziba: ul. Przemysłowa 8, 11-700 Mrągowo

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@limarco.com.pl](mailto:przetargi@limarco.com.pl)

Strona internetowa: [www.limarco.com.pl](http://www.limarco.com.pl)

Numer telefonu: 89 741 8796 tel. kom. ....\*

Numer faksu: 89 741 8796

Numer REGON: 510229156

Numer NIP: 742-001-06-93

Nr rachunku rozliczeniowego Bank Millennium S.A. 25 1160 2202 0000 0002 5891 1299

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-332-27PN-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	18 550,00 zł	1 484,00 zł	8%	20 034,00 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 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 89 741 6915, [sprzedaz@limarco.com.pl](mailto:sprzedaz@limarco.com.pl)

~~4.4 Dotyczy zad. nr ..... Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.~~

~~(brak wpisu, informacji w ofercie 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 : Wioleta Kraska tel. kontaktowy 89 741 8796 mail: [przetargi@limarco.com.pl](mailto:przetargi@limarco.com.pl)

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Aneta Karnicka tel. kontaktowy 89 741 7000 mail, : [sprzedaz@limarco.com.pl](mailto:sprzedaz@limarco.com.pl)

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

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

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

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

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

Nazwa: MEDELA POLSKA SP. Z O.O.

Siedziba: UL. WYBRZEŻE GDYŃSKIE 6D, 01-531 WARSZAWA

Adres poczty elektronicznej: PRZETARGI@MEDELA.PL

Strona internetowa: WWW.MEDELA.PL

Numer telefonu: 22/864-38-65 tel. kom. 601 777 565

Numer faksu: 22/744-30-10

Numer REGON: 142449885

Numer NIP: 5242713433

Nr rachunku rozliczeniowego ING Bank Śląski 25 1050 1025 1000 0090 8106 6889

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-332-27PN-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
12	23.400,00	1872,00	8%	25.272,00

*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 ZAMOWIENIA@MEDELA.PL, FAX 22/744-30-10

**4.4 Dotyczy zad. Nr 12 - Okres gwarancji w zakresie zadania nr 12 wynosi 24 miesiące. (brak wpisu, informacji w ofercie 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 KOPER tel. Kontaktowy +48 601 777 565 mail: PRZETARGI@MEDELA.PL

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

WOJCIECH MIERNIK tel. Kontaktowy +48 665 777 766 mail: WOJCIECH.MIERNIK@MEDELA.COM

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

Nazwisko, imię .....

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

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: NEOMED Barbara Stańczyk

Siedziba: ul. Kajki 18, 05 – 501 Piaseczno

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

Numer telefonu: 0 ( 22 ) 736 74 00 tel. kom. 506 948 299 Numer faksu: 0 (22) 726 00 24

Numer REGON: 011 93 78 18

Numer NIP: 123 001 89 84

Nr rachunku rozliczeniowego 62 1020 1169 0000 8202 0014 1069

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-332-27PN-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
16	96 600,00 zł	7 728,00 zł	8%	104 328,00 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 7
- 4.4 **Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr TTT.. wynosi TTTTTT miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie oznaczać będzie zaofiarowanie 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 :

Dział Zamówień Publicznych tel. Kontaktowy 506 948 299 mail: [neomed@neomedpolska.pl](mailto:neomed@neomedpolska.pl)

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

Dział handlowy tel. Kontaktowy 22 736 74 02, 22 736 74 09 mail, : [dok@neomedpolska.pl](mailto:dok@neomedpolska.pl)

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

Nazwa: Lohmann & Rauscher Polska Sp. z o. o.  
 Siedziba: ul. Moniuszki 14, 95-200 Pabianice  
 Adres poczty elektronicznej: agnieszka.zasinska@pl.LRmed.com  
 Strona internetowa: .....  
 Numer telefonu: 0 (42) 225 93 91 tel. kom. ....\*  
 Numer faksu: 0 (42) 225 93 99  
 Numer REGON: 145818685  
 Numer NIP: 5252517202  
 Nr rachunku rozliczeniowego 50 1240 6175 1111 0010 4480 0937  
 Godziny urzędowania 8:00-16:00

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez  
 Agnieszka Zasinska  
 Data: 2021.04.04 14:55:02  
 CEST

**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-332-27PN-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
16	104 000,00 zł	8 320 zł	8%	112 320,00 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 SIWZ 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 42 225 93 99, [karolina.szymczak@pl.LRmed.com](mailto:karolina.szymczak@pl.LRmed.com)

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie oznaczać będzie zaofiarowanie 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 Zasinska tel. kontaktowy 42 225 93 91 mail: [agnieszka.zasinska@pl.LRmed.com](mailto:agnieszka.zasinska@pl.LRmed.com)

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

Karolina Szymczak tel. kontaktowy 42 225 93 93 mail, : [karolina.szymczak@pl.LRmed.com](mailto:karolina.szymczak@pl.LRmed.com)

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

Nazwisko, imię **NIE DOTYCZY**

Stanowisko .....

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

SZP-332-27PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Kamila Wijas, Medtronic Poland Sp. z o.o.  
Data: 2021.04.30 13:25:57 CEST

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Medtronic Poland Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Polna 11, 00-633 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: rs.wawtenders@medtronic.com

Strona internetowa: www.medtronic.pl

Numer telefonu: 0 ( 22 ) 312-21-91 tel. kom. 691 992 132\*

Numer faksu: 0 (22 ) 465-69-52

Numer REGON: 011206233

Numer NIP: 952-10-00-289

Nr rachunku rozliczeniowego Santander Bank Polska S.A. 37 1090 2851 0000 0001 3733 2142

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-332-27PN-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	20 000,00 zł	1 600,00 zł	8%	21 600,00 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 22/465-69-17 obsluqa.klienta@medtronic.com

**4.4 Dotyczy zad. nr - Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Kamila Wijas - specjalista ds. przetargów, tel. Kontaktowy 22/312-21-91 mail: rs.wawtenders@medtronic.com

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

Dział Obsługi Klienta tel. Kontaktowy 22/275-69-64, mail: obsluqa.klienta@medtronic.com

#### 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: „Mar-Four” Marian Siekierski

Siedziba: ul. Srebrzyńska 5/7 95-050 Konstantynów Łódzki

Adres poczty elektronicznej: info@marfour.com.pl

Strona internetowa: www.marfour.com.pl

Numer telefonu: 0 (42.) 650 88 21 tel. kom. +49 509 459 100\*

Numer faksu: 0 (42) 650 87 31

Numer REGON: 472202650

Numer NIP: 7291540258

Nr rachunku rozliczeniowego PEKAO SA 70-1240-5585-1111-0000-4885-9587

Godziny urzędowania 8:00 – 15:30

**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-332-27PN-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	17 300,00	1 384,00	8%	18 684,00

*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 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 +42 650 87 31 / [info@marfour.com.pl](mailto:info@marfour.com.pl)

**4.4 Dotyczy zad. nr — Okres gwarancji w zakresie zadania nr ..... wynosi ..... miesięcy.**

**(brak wpisu, informacji w ofercie 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 :

Aleksandra Łuczak tel. Kontaktowy +48 509 459 100 mail: [a.luczak@marfour.com.pl](mailto:a.luczak@marfour.com.pl)

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

.....tel. kontaktowy.....mail. : .....

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

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

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

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

Podpis jest  
prawidłowyDokument podpisany  
przez Aleksandra Łuczak  
Data: 2021.09.09  
10:31:00