

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

Nazwa: VIGO Agnieszka Wójcik

Siedziba: 95-035 Katarzynów, ul. Jałowcowa 6 Województwo łódzkie

Adres poczty elektronicznej: vigomeble@gmail.com

Strona internetowa: www.vigo-meble.pl

Numer telefonu: 0 (..)xxx..... tel. kom. 505-548-245*

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


Numer REGON: 100946843

Numer NIP: 7321279328

Nr rachunku rozliczeniowego 05 1240 3057 1111 0010 7606 9207

Godziny urzędowania 8-16

Podpis jest prawidłowy


 Dokument podpisany przez
 Agnieszka Wójcik
 Data: 2021.01.18:18:38:23
 CEST

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym / innym — 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-332-63PN-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	11560,00	924,80	8%	12484,80
5	5900,00	1357,40	23%	7257,40
8	8700,00	2001,00	23%	10701,00

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 vigomeble@gmail.com**4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będzie 48 miesięcy**

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

SZP-332-63PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany
przez Janusza Szwandera
Data: 2021.07.30 14:31:31
CEST

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: SUPON S.A.

Siedziba: ul. Przestrzenna 6, 70-800 Szczecin Województwo: zachodniopomorskie

Adres poczty elektronicznej: biuro@supon-bhp.pl

Strona internetowa: <https://www.supon-bhp.pl>

Numer telefonu: 0 (91) 42 56 400 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (91) 42 56 430

Numer REGON: 810588012

Numer NIP: 851-10-06-700

Nr rachunku rozliczeniowego 55 1600 1462 1867 4970 3000 0001

Godziny urzędowania 7:00-15:00

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ ~~nie prowadząca działalności...~~ / mikro / małym / średnim / dużym / innym 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-332-63PN-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, poz. 2	390 000,00	31 200,00	8	421 200,00

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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 91 57 01 110, magazyn@supon-bhp.pl

~~4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będziemiesiące (*niewłaściwe skreślić)~~

~~Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.~~

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Grażyna Sroka tel. kontaktowy 91 42 56 400 mail: biuro@supon-bhp.pl

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

Karolina Maciąg tel. kontaktowy 91 57 01 100 mail: magazyn@supon-bhp.pl oraz k.maciag@supon-bhp.pl

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

Nazwisko, imię

SZP-332-63PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: SKAMEX Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Jawna

Siedziba: ul. Częstochowska 38/52, 93-121 Łódź Województwo łódzkie

Adres poczty elektronicznej: dzp.or@skamex.com.pl

Strona internetowa: www.skamex.com.pl

Numer telefonu: (42) 677 14 46 , tel. kom. _____*

Numer faksu: (42) 672 40 10

Numer REGON: 470009008

Numer NIP: 728-000-81-75

Nr rachunku rozliczeniowego 03 1750 1093 0000 0000 0178 7861

Godziny urzędowania 8-16

Jestem: ~~osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą~~ — nie prowadzącą działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / finnym - 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-332-63PN-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	264 000,00	21 120,00	8%	285 120,00

/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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres izabela.kedzierska@skamex.com.pl , 426771427 , FAX:42 672 40 10

4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będziemiesiący
 (*niewłaściwe skreślić) *nie dotyczy*

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Ewelina Bartosik , tel. Kontaktowy 42 677 14 46, mail: dzp.or@skamex.com.pl

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

Izabela Kędzierska , tel. Kontaktowy 426771427 , mail: izabela.kedzierska@skamex.com.pl

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

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

SZP-332-63PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: **ABOOK Sp. z o.o.**
 Siedziba: ul. Brzostowska 22, 04-985 Warszawa
 Adres poczty elektronicznej: b.sufczyńska@abook.com.pl lub biuro@abook.com.pl
 Strona internetowa: www.abook.com.pl
 Numer telefonu: 0 (22) 872 11 28 do 31 tel. kom. 504 059 687*
 Numer faksu: 0 (22) 872 11 27
 Numer REGON: 016134981
 Numer NIP: 952-18-22-413
 Nr rachunku rozliczeniowego 74 1030 1508 0000 0008 1710 5009
 Godziny urzędowania 8:00 – 16:00 od poniedziałku do piątku

Jestem: ~~osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą – nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym / innym - 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-332-63PN-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	297.000,00zł	23.760,00zł	8%	320.760,00zł

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 22-8721127 adres: ul. Brzostowska 22, 04-985 Warszawa

4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będziemiesiące

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Beata Sufczyńska tel. kontaktowy (22) 872 11 28 do 31 mail: b.sufczyńska@abook.com.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy w rnym montaż, uruchomienie urządzenia:
 Urszula Grochał tel. kontaktowy (22) 872 11 28 do 31 mail: biuro@abook.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

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Frost Tomasz Jankowski**Siedziba: **ul. Dobra 9, 05-092 Łomianki** Województwo mazowieckieAdres poczty elektronicznej: tbj@frost.com.pl, katarzyna@frost.com.plStrona internetowa: www.frost.com.plNumer telefonu: 0 (22) 631 631 0 tel. kom. **606 568 426**

Numer faksu: 0 (22) 497 18 71

Numer REGON: 012912418

Numer NIP: 527-010-04-93

Nr rachunku rozliczeniowego 52 1090 1694 0000 0001 1896 1772

Godziny urzędowania 8.00-16.00

Jestem: —osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą—nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym— / średnim / dużym /innym— 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-332-63PN-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 itd	6.467,00	1.487,41	23%	7.954,41

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 22 497 18 71, tbj@frost.com.pl, Frost Tomasz Jankowski, ul. Dobra 9, 05-092 Łomianki**4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będzie 48 miesięcy**

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Katarzyna Bagińska tel. Kontaktowy 606 568 426 mail: katarzyna@frost.com.pl

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

SZP-332-63PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Mercator Medical S.A.

Siedziba: 31-327 kraków, ul. Modrzejewskiej 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: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą -- nie prowadząca działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - 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-332-63PN-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	242 280,00 zł	19 382,40 zł	8%	261 662,40 zł
10	55 800,00 zł	4 464,00 zł	8%	60 264,00 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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres

4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będziemiesiące

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

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

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

Nazwa: ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

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

Adres poczty elektronicznej: przetargi@zarys.pl

Strona internetowa: www.zarys.pl

Numer telefonu: 0 (48) 32 376 07 20 tel. kom.* *

Numer faksu: 0 (48) 32 376 07 64

Numer REGON: 273295877

Numer NIP: PL 648-19-97-718

Nr rachunku rozliczeniowego 81 1050 1588 1000 0002 0317 2614

Godziny urzędowania 7.30-15.30

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ -- ~~nie prowadząca działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym / innym - 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-332-63PN-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	241 680,00 zł	19 334,40 zł	8	261 014,40 zł
7	16 502,40 zł	1 320,19 zł	8	17 822,59 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 32 376 07 20, zarys@zarys.pl

4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będziemiesiące

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Barbara Wizner tel. Kontaktowy 32 376 07 59 mail: przetargi@zarys.pl

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

Marlena Wileńska tel. Kontaktowy 32 376 07 48 mail: zamowienia@zarys.pl

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

Nazwisko, imię

SZP-332-63PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: „ChM” sp. z o.o.

Siedziba: **Lewickie 3b, 16-061 Juchnowiec Kościelny** Województwo **podlaskie**
 Adres poczty elektronicznej: **przetargi@chm.eu**
 Strona internetowa: **www.chm.eu**
 Numer telefonu: **0 (85) 86-86-291 tel. kom.***
 Numer faksu: **0 (85) 86-86-101**
 Numer REGON: **050561656**
 Numer NIP: **966-11-76-019**
 Nr rachunku rozliczeniowego **ING BANK ŚLĄSKI Spółka Akcyjna 83 1050 1953 1000 0023 7845 8174**

Godziny urzędowania **7.10-15.10**

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą – nie prowadzącą działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym / innym - 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-332-63PN-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	61 700,00 zł	4 936,00 zł	8 %	66 636,00 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 SWZ.
 4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres **85/86-86-101, sprzedaz@chm.eu**

4.4 Dotyczy zadania nr *8, 9. Okres gwarancji wynosić będziemiesiące

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Małgorzata Parafian tel. Kontaktowy **85/86-86-291** mail: **przetargi@chm.eu**
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Ewa Krzywosz tel. Kontaktowy **85/86-86-202** mail: **sprzedaz@chm.eu**

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

Nazwisko, imię

SZP-332-63PN-2021 **Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie**

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

Nazwa: Bechtold&CO Magdalena Bechtold

Siedziba: Łódź 91-350, Jana 17, Województwo Łódzkie

Adres poczty elektronicznej: bechtold@bechtold.pl

Strona internetowa: www.bechtold.pl

Numer telefonu: 501 546 461 tel. kom. 733 391 777*

Numer faksu: 0 42 616 55 61

Numer REGON: 472872616

Numer NIP: 726124 9558

Nr rachunku rozliczeniowego 02 1050 1461 1000 0022 4706 6679

Godziny urzędowania 8:30-16:30

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ~~nie prowadząca działalności...~~ / mikro / ~~małym~~ / średnim / ~~dużym~~ / innym ~~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-332-63PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty zadanie 9:

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1 itd 9	6152,76	492,24	8	6644,98

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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres :0 42 616 55 61, Łódź 91-357, Liściasta 17

4.4 Dotyczy zadania nr 9. Okres gwarancji wynosić będzie 24 miesiące

(*niewłaściwe skreślić)

Dotyczy okresów gwarancji, który stanowi kryterium oceny ofert. Niezadeklarowanie przez Wykonawcę żadnego z okresów gwarancji, lub nie wpisanie „TAK” w wierszu tabeli przy ilości miesięcy zad. Nr 3, 8, 9 bez podania deklarowanej ilości, uznane będzie za oferowanie minimalnego okresu i przyznanie 0 pkt.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Paulina Pawłata tel. kontaktowy 733 391 777 mail: bechtold@bechtold.pl

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

Wojciech Bechtold tel. Kontaktowy 515 389 430 mail, bechtold@bechtold.pl

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

Nazwisko, imię