

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **3M Poland Sp. z o.o.**Siedziba: **al. Katowicka 117, Kajetany, 05-830 Nadarzyn** Województwo **mazowieckie**Adres poczty elektronicznej: przetargi@mmm.comStrona internetowa: www.3M.plNumer telefonu: **0 (22) 739-60-61** tel. kom.*Numer faksu: **0 (22) 739-60-04**Numer REGON: **012086877**Numer NIP: **527-02-04-212**Nr rachunku rozliczeniowego **90 1030 1508 0000 0008 0413 0098**Godziny urzędowania **8:00 – 16:00**

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-332-70PN-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	47 740,00	3 819,20	8%	51 559,20
5	11 400,00	912,00	8%	12 312,00
Razem	59 140,00	4 731,20		63 871,20

/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: **22/739-60-11** / 3m.cir.plug@mmm.com**4.4 Dotyczy zadania nr *6. 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 6 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 :

Renata Strzeszewska tel. Kontaktowy **22/739-60-61** mail: przetargi@mmm.com

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

Małgorzata Drob tel. Kontaktowy **22/307-03-87** mail, : mdrob@mmm.com**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

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

Nazwa: SANLAB J. Kaczorek, M. Bińczak SP. J.

Siedziba: ul. Andrychowska 7, 01-447 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: patrykszczupakowski@sanlab.plStrona internetowa: www.sanlab.pl

Numer telefonu: 0 (48) 22 746 32 24 tel. kom. 512 944 885

Numer faksu: 0 (22) 746 12 15

Numer REGON: 015477970

Numer NIP: 527-24-02-353

Nr rachunku rozliczeniowego 54 1090 1056 0000 0001 0107 6080

Godziny urzędowania 8-16

Jestem: mikro przedsiębiorstwem**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-332-70PN-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	18 200,00	4 186,00	23	22 386,00

/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 22 746 12 15, ul. Andrychowska 7, 01-447 Warszawa, office@sanlab.pl**4.4 Dotyczy zadania nr *6. Okres gwarancji wynosić będzie 24 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 6 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 :

Patrik Szczupakowski kontaktowy 512944885 mail: patrykszczupakowski@sanlab.pl

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

Pior Wnuk tel. Kontaktowy 798 268 198 mail, : piotrwnuk@sanlab.pl**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

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

Nazwa: Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Łżecka 24, 02-135 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi.mdd@its.jni.comStrona internetowa: www.jnipoland.pl

Numer telefonu: tel. 22 237-83-64 tel. kom.*

Numer faksu: 22 237-86-40

Numer REGON: 006934330

Numer NIP: 113-00-20-467

Nr rachunku rozliczeniowego 7210301508000000500024364

Godziny urzędowania 8:00-16:00

Jestem: ~~osoba fizyczna 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-332-70PN-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	241006,20zł	19 280,50zł	8%	260286,70zł

/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: Portal Customer Connect; [www: www.jicustomerconnect.com/pl/](http://www.jicustomerconnect.com/pl/) / csorto@its.jni.com**4.4 Dotyczy zadania nr *6. Okres gwarancji wynosić będziemiesięcy**

(*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 6 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 :

Aleksandra Czarnocka tel. Kontaktowy 22 237-83-64 mail: przetargi.mdd@its.jni.com

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

SZP-332-70PN-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 , sprzedaz@chm.euStrona internetowa: www.chm.euNumer telefonu: **0 (85) 86-86-290, -202 tel. kom. 663-663-443***Numer faksu: **0 (85) 86-86-101**Numer REGON: **050561656**Numer NIP: **966-11-76-019**Nr rachunku rozliczeniowego **ING BANK ŚLĄSKI S.A. 83 1050 1953 1000 0023 7845 8174**Godziny urzędowania **7:10-15:10**

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-332-70PN-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
3	52 460,00 zł	4 196,80 zł	8%	56 656,80 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 85 / 86-86-101, „ChM” sp. z o.o., Lewickie 3b, 16-061 Juchnowiec Kościelny

4.4 Dotyczy zadania nr *6. Okres gwarancji wynosić będziemiesięcy

(*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 6 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 :

Monika Kozaczek tel. kontaktowy 85 / 86-86-290 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

Stanowisko

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

SZP-332-70PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Inomed Polska Sp.z o.o.

Siedziba: ul. Bursztynowa 4/D1, 83-021 Rokitnica, Województwo pomorskie

Adres poczty elektronicznej: biuro@inomed.comStrona internetowa: www.inomed.pl

Numer telefonu: 0 (58) 351-34-94, tel. kom. -

Numer faksu: 0 (58) 732-78-96

Numer REGON: 221161960

Numer NIP: 2040003017

Nr rachunku rozliczeniowego Alior Bank SA 97 2490 0005 0000 4530 4806 5134

Godziny urzędowania 7.30-16.00

~~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-332-70PN-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	84.160,00	6.732,80	8	90.892,80

/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 58-732-78-96, biuro@inomed.com**~~4.4 Dotyczy zadania nr *6. Okres gwarancji wynosić będziemiesięcy~~**

(*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 6 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 :

Monika Worzała, tel. Kontaktowy 58-351-34-94, mail: biuro@inomed.com

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

Marta Winnicka-Woźniak, tel. Kontaktowy 664-979-604, mail : biuro@inomed.com