

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

Nazwa: Unifreeze Sp. z o.o.

Siedziba: Miesiączkowo 110, 87-320 Górzno

Województwo: Kujawsko-pomorskie

Adres poczty elektronicznej: justyna.skiczynska@unifreeze.com.pl

Strona internetowa: www.unifreeze.com.pl

Numer telefonu: 0 (48) 56 49 88 811

tel. kom.*

Numer faksu: 0 (48) 56 49 88 817

Numer REGON: 870508779

Numer NIP: 874-000-39-79

Nr rachunku rozliczeniowego: 27 2030 0045 1110 0000 0064 8840

Godziny urzędowania od godz. 7.00 do godz. 15.00

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-332-79PN-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 2	48 170,80		5	50 579,34
2 3 itd	73 133,00		5	76 789,65

/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: faks 56 49 88 817, Miesiączkowo 110, 87-320 Górzno

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Justyna Skiczynska tel. Kontaktowy: 56 49 88 811 mail: justyna.skiczynska@unifreeze.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.....

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

SZP-332-79PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: REN SP. Z O.O.

Siedziba: 26-600 RADOM, UL. TARTACZNA 3 Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: klaudia.janiszevska@gruparen.eu

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (48) 363-23-23. tel. kom.*

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 670160466

Numer NIP: 948-19-98-168

Nr rachunku rozliczeniowego PL11 1160 2202 0000 0003 7842 1953

Godziny urzędowania

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-332-79PN-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	-----	-----	-----	-----
2	41647,72	2 082,39	5%	43 730,11
3	70348,40	3 517,42	5%	73 865,82

/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 email: jeremiasz.zabuski@gruparen.eu, dok@gruparen.eu, tel 605-093-985

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Klaudia Janiszewska tel. Kontaktowy 510-007-204 mail: klaudia.janiszevska@gruparen.eu

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

Jeremiasz Zabuski tel. Kontaktowy 605-093-985 mail, : jeremiasz.zabuski@gruparen.eu,**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

Stanowisko

SZP-332-79PN-2021

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Mona-Kontra Sp z o.o.

Siedziba: ul. Majora Hubala 6, 16-400 Suwałki Województwo podlaskie

Adres poczty elektronicznej: sekretariat@mona.suwalki.pl

Strona internetowa: www.mona.suwalki.pl

Numer telefonu: 0 (87) 566-46-47 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (87) 566 79 29

Numer REGON: 790746779

Numer NIP: 844 19 61 922

Nr rachunku rozliczeniowego 79 1240 5211 1111 0000 4927 1292

Godziny urzędowania 7.00-15.00

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-332-79PN-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				
2	57596,00	2 879,80	5%	60 475,80
3	93869,40	4 693,47	5%	98 562,87

/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 89/ 752 53 61 ul. Przemysłowa 1, 11-400 Kętrzyn

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Urszula olechnowicz tel. kontaktowy 691 693 411 mail: urszula.olechnowicz@mona.suwalki.pl

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

Urszula Olechnowicz tel. kontaktowy 691 693 411 mail, : urszula.olechnowicz@mona.suwalki.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

SZP-332-79PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Podpis jest p

Dokument podpisany
Morawski; Mona-K
Data: 2021.09.29.04

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

Nazwa: Bruno Tassi Sp. z o.o. Oddział w Olsztynie

Siedziba: Olsztyn Województwo: warmińsko-mazurskie

Adres poczty elektronicznej: a.kubacka@brunotassi.com.pl

Strona internetowa: www.bruno-tassi.pl

Numer telefonu: 0 (..) ----- tel. kom. : 660-540-239

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 017432769

Numer NIP: 527-23-59-947

Nr rachunku rozliczeniowego : 50 1940 1210 0103 7008 0010 0000

Godziny urzędowania: 7-15

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-332-79PN-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	47833,82	2391,69	5%	50225,51
3	72396,47	3619,82	5%	76016,29

/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 : a.kubacka@brunotassi.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Anna Kubacka, tel. kontaktowy: 660-540-239, mail: a.kubacka@brunotassi.com.pl

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

Anna Kubacka, tel. kontaktowy: 660-540-239, mail: a.kubacka@brunotassi.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-332-79PN-2021

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: PPHU „Biliński „ Waldemar Biliński

Siedziba: ul. Towarowa 14/45 Województwo ...warmińsko- mazurskie

Adres poczty elektronicznej: waldemarbil8@wp.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: 89 5320122 tel. kom. 603038251

Numer faksu: 089 5320122

Numer REGON: 510862043.

Numer NIP: 7761294444

Nr rachunku rozliczeniowego 4511602202000000080047110

Godziny urzędowania 3.00-11.00

Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - / mikro - 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-332-79PN-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	19000,00	950,00	5	19950,00
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 SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres ...89 5320122 waldemarbil8@wp.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

.....Waldemar Bilińskitel. kontaktowy 603038251 waldemarbil8@wp.pl

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

Waldemar Bilińskitel. kontaktowy 603038251 waldemarbil8@wp.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-332-79PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie