

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

Nazwa: Asclepios S.A.
 Siedziba: ul. Hubska 44, 50-502 Wrocław Województwo: Dolnośląskie
 Adres poczty elektronicznej: przetargi@asclepios.pl
 Strona internetowa: www.asclepios.pl
 Numer telefonu: (71)769-84-10 tel. kom.*
 Numer faksu: (71)721-56-25
 Numer REGON: 272636951
 Numer NIP: 648-10-08-230
 Nr rachunku rozliczeniowego 50 1750 1064 0000 0000 3671 3275
 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-332-73PN-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	15 254,10 zł	1 220,33 zł	8%	16 474,43 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 (71)721-56-25 sprzedaz@asclepios.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Robert Komorowski tel. kontaktowy (32)743-63-20 mail: przetargi@asclepios.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Agata Jabłońska tel. kontaktowy (58)753-63-70 mail, : sprzedaz@asclepios.pl

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

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

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

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
 7.2. Oświadczamy, że uważam(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych

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

Nazwa: **URTICA sp. z o.o.**
 Siedziba: ul. Krzemieniecka 120 Województwo dolnośląskie
 Adres poczty elektronicznej: przetargi@urtica.pl
 Strona internetowa: www.urtica.pl
 Numer telefonu: 0 (71) 782 66 01 tel. kom.*
 Numer faksu: 0 (71) 782 66 43
 Numer REGON: 932081801
 Numer NIP: 894-25-56-799
 Nr rachunku rozliczeniowego

BANK: ING Bank Śląski S.A.
Nr konta: 19 1050 0086 1000 0023 0810 9236

Godziny urzędowania 8:00 do 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-332-73PN-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	13 980,90	1 118,47	8%	15 099,37

/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 reklamacje@urtica.pl / 42 200 79 41

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Barbara Najder tel. Kontaktowy 71 782 66 81 mail: przetargi@urtica.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

SZP-332-73PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Servier Polska Services Sp. z o.o.
 Siedziba: ul. Jana Kazimierza 10, 01-248 Warszawa Województwo Mazowieckie
 Adres poczty elektronicznej: zamowienia.szpitale@servier.com
 Strona internetowa: www.servier.pl
 Numer telefonu: 0 (22) 594 90 42 tel. kom.*
 Numer faksu: 0 (...)
 Numer REGON: 017488416
 Numer NIP: 527-236-74-67
 Nr rachunku rozliczeniowego 78 1840 0007 2212 3880 0810 1619
 Godziny urzędowania

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-332-73PN-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	140 059,40 zł	11 204,75 zł	8%	151 264,15 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 zamowienia.szpitale@servier.com

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Monika Wieliczko kontaktowy (22) 594 90 42 mail: zamowienia.szpitale@servier.com
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Dorota Piskorska tel. kontaktowy (22) 594 92 16 mail, : zamowienia.szpitale@servier.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

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
 7.2. Oświadczamy, że uważam(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych

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

Nazwa: Salus International Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice Województwo śląskie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@salusint.com.plStrona internetowa: www.salusint.com.pl

Numer telefonu: 0 (32)788-55-82 tel. kom.*.

Numer faksu: 0 (32) 788-55-94

Numer REGON: 271059470

Numer NIP: 634-012-54-42

Nr rachunku rozliczeniowego 97 1140 1078 0000 4069 1300 1002

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-332-73PN-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	15 403,80 zł	1 232,30 zł	8%	16 636,10 zł
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 (32)788-55-94 reklamacje@salusint.com.pl**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Klaudia Szarwark tel. kontaktowy(32)788-55-82 mail: przetargi@salusint.com.pl

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

Marzena Walczak tel. kontaktowy tel. kontaktowy 32 788 55 77 mail, : zamowienia.szpitalny@salusint.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

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Radosław Sobczak
Data: 2021.09.08 08:05:06 CEST

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: NEUCA S.A.

Siedziba: Toruń Województwo : kujawsko-pomorskie

Adres poczty elektronicznej: magdalena.stasiek@neuca.pl

Strona internetowa: www.neuca.pl

Numer telefonu: tel. kom. 723 995 169 *

Numer faksu: 0 (32) 733 97 77

Numer REGON: 870227804

Numer NIP: 879 00 17 162

Nr rachunku rozliczeniowego ING Bank Śląski S.A. 76 1050 1416 1000 0023 4335 4896

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-332-73PN-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	539 582,50 zł	43 166,60 zł	8%	582 749,10 zł

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/

4. Oświadczam, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

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

FAX: 32/733 97 77

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Magdalena Stasiek tel. Kontaktowy 723-995-169 mail: magdalena.stasiek@neuca.pl

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

Ewa Spiechowicz, Zuzanna Sawaściuk, tel. kontaktowy: 506 654 503, 669 492 264 mail, :

ewa.spiechowicz@neuca.pl, Zuzanna.Sawaściuk@neuca.pl

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

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

SZP-332-73PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Komtur Polska Sp. z o.o.

Siedziba: Plac Farmacji 1, 02-699 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: zp@komtur.comStrona internetowa: www.komtur.plNumer telefonu: 0 (22) 566 26 20/24 tel. kom.*
Numer faksu: 0 (22) 566 26 07

Numer REGON: 015805870

Numer NIP: 5222749770

Nr rachunku rozliczeniowego 88 1880 0009 0000 0011 0082 3009

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-332-73PN-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	18 427,50	1 474,20	8%	19 901,70

*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)566 26 01, zamowienia@komtur.com**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Marta Kuźmicz-Kuźmińska tel. Kontaktowy (22)566 26 24 mail: zp@komtur.com

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

Anna Dybińska tel. Kontaktowy (22)566 26 22 mail, : zamowienia@komtur.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: **Tramco Sp. z o.o.**

Siedziba: Wolskie, ul. Wolska 14, 05-860 Płochocin

Adres poczty elektronicznej:j.w.....

Strona internetowa: www.tramco.pl

Numer telefonu: 0 (22) 311-65-77 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (22) 468-85-99

Numer REGON: 141098662

Numer NIP: 5242625887

Nr rachunku rozliczeniowego: 15 1020 1026 0000 1102 0309 2681

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-332-73PN-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	12 000,00	960,00	8%	12 960,00

/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: 0 (22) 468-85-99, dzialhandlowy@tramco.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Łukasz Chaciński tel. Kontaktowy (22) 311-65-94 mail: przetargi@tramco.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Dział handlowy tel. Kontaktowy (22) 311-65-99 mail: dzialhandlowy@tramco.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-332-73PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie