

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcyNazwa: **MOLGENDIA sp. z o.o.**Siedziba: **ul. M. Konopnickiej 15, 85-124 Bydgoszcz**Adres poczty elektronicznej: **lewandowski@molgencia.pl**Strona internetowa: **www.molgencia.pl**Numer telefonu: **+48 52 561 00 90 tel. kom. +48 783-369-078**Numer faksu: **+48 52 552 79 00**Numer REGON: **341171068**Numer NIP: **PL5562746405**Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur **56 8149 0000 0000 1510 2000 0010**Godziny urzędowania **8:00-16:00****Jestem: 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-332-9PN-2020, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

1.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1. Zadanie nr 3	399 000,00	0,00	0%	399 000,00

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

2. Oświadczam, że:

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne sukcesywnie w okresie wymaganym w SIWZ.
- 4.2 Dostawy częściowe przedmiotu zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SIWZ przez Zamawiającego
- 4.3 Akceptuje termin płatności faktur określony w SIWZ.
- 4.4 Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/ wynosić będzie nie mniej niż deklarowany w ofercie (parametr oceniany).
- 4.5 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres **+48 52 552 79 00, lewandowski@molgencia.pl**

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
dr n. biol. Remigiusz Lewandowski tel. Kontaktowy 783-369-078 mail: lewandowski@molgencia.pl
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
dr n. biol. Remigiusz Lewandowski tel. Kontaktowy 783-369-078 mail: lewandowski@molgencia.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-332-69PN-2020

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie