

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

Nazwa: AMP Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.....
 Siedziba: Aleja Pokoju 78, 31-564 Kraków.....
 Adres poczty elektronicznej: k.kryszkiewicz@amp-med.com.....
 Strona internetowa: https://pl.amp-med.com
 Numer telefonu: (12 ..) 2940278..... tel. kom. 601944544.....*
 Numer faksu: (12....) 4229998.....
 Numer REGON: 357362413.....
 Numer NIP: 6772160474.....
 Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur 28 1090 2590 0000 0001 4225 2903
 Godziny urzędowania 9:00 – 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.	139680,00	0,00	0,00	139680,00

/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 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.
- 4.4 Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/y/ 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 : faks 124229998, AMP Polska Sp. z o.o., Aleja Pokoju 78, 31-564 Kraków

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Krzysztof Kryszkiewicz.....tel. kontaktowy 122940278..... mail: k.kryszkiewicz@amp-med.com
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Krzysztof Kryszkiewicz.....tel. kontaktowy 122940278..... mail: k.kryszkiewicz@amp-med.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.

SZP-332-69PN-2020

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: BS Group sp. z o.o.

Siedziba: ul. Marszałkowska 58/12 00-545 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: konstancja.sawecka@strzelczyk.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (48) 22 100 47 43 tel. kom. 509 696 271

Numer faksu: 0 (...)

Numer REGON: 360754875

Numer NIP: 7010463797

Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur 36 1140 1010 0000 5535 0800 1001.

Godziny urzędowania 8-16

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 1	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1. Szybki test do wykrywania antygenu SARS-CoV-2	69 000,00 zł	0 zł	0%	69 000,00 zł

/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 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.
- 4.4 Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/y/ 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: konstancja.sawecka@strzelczyk.pl, ul. Marszałkowska 58/12, 00-545 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty:
Konstancja Sawecka tel. Kontaktowy 509 696 271 mail: konstancja.sawecka@strzelczyk.pl
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Konstancja Sawecka tel. Kontaktowy 509 696 271 mail: konstancja.sawecka@strzelczyk.pl

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

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

Nazwa: IMOGENA Sp. z o.o. (dawniej: Jan Niechwiadowicz IMOGENA)

Siedziba: 60-179 Poznań, ul. Jeleniogórska 16

Adres poczty elektronicznej: biuro@imogena.pl

Strona internetowa: www.imogena.pl

Numer telefonu: 0 (..) tel. kom. 575-925-200*

Numer faksu: 0 (61) 22 19 010

Numer REGON: 388060257

Numer NIP: 7792523064

Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur 84 1750 1019 0000 0000 2036 4939

Godziny urzędowania 9:00 – 17:00

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
2.	248 680,00	19 894,40	8	268 574,40

*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 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.
- 4.4 Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/y/ 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 61 22 19 010, 60-179 Poznań, ul. Jeleniogórska 16

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Przemysław Kalina, tel. Kontaktowy: 535-741-269, mail: przemyslaw.kalina@imogena.pl

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

Marcin Gąsior, tel. Kontaktowy: 533-741-269, mail: marcin.gasior@imogena.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 zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnosząc/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: **BIOMAR Diagnostyka Sp. z o.o.** **Podpis jest prawidłowy**
 Siedziba: **44-110 Gliwice Ul. Jagodowa 11** Górski
 Adres poczty elektronicznej: **przetargi@bio-mar.com.pl** Data: 2021.10.25 14:17:40 CEST
 Strona internetowa: **www.bio-mar.com.pl** Województwo : Śląskie
 Numer telefonu: **0 (32) 237-86-27 tel. kom. 783 798 319***
 Numer faksu: **0 (32) 237-86-27**
 Numer REGON: **278037766**
 Numer NIP: **6312370106**

Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur ALIOR BANK 34 2490 0005 0000 4530 3635 0220

Godziny urzędowania8-16.....

Jestem: osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą nie prowadzącą działalności/ 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-332-32PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1. Szybki test do wykrywania antygenu SARS-CoV-2	239880,00	0,00	0%	239880,00

/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 32/237-86-27 epyclik@bio-mar.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Halina Górskitel. kontaktowy 32/237-86-27 mail: przetargi@bio-mar.com.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Ewa Pyclik tel. Kontaktowy 32/237-86-27 mail, : zamowienia@bio-mar.com.pl

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

Nazwisko, imięnie dotyczy.....

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 wykonawcyNazwa: **Argenta Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.**

Siedziba: ul. Polska 114, 60-401 Poznań

Adres poczty elektronicznej: a.chelminiak@argenta.com.plStrona internetowa: www.argenta.com.pl

Numer telefonu: 61 84 74 637

Numer faksu: -

Numer REGON: 630340260

Numer NIP: 7811011656

Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur: PKOBP S.A. 15 1020 4027 0000 1702 1607 4075

Godziny urzędowania: 7:30-15:30

Podpis jest prawdziwy
 Podpisany: a.chelminiak
 Data: 2020.06.24
 13:47

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	196 320,00 zł	0,00 zł	0%	196 320,00 zł
3	350 000,00 zł	0,00 zł	0%	350 000,00 zł

/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 Akceptuję termin płatności faktur określony w SIWZ.
- 4.4 Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/y/ 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: www.reklamacje.argenta.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Ariana Chelminiak; tel. kontaktowy 504 877 840; mail: a.chelminiak@argenta.com.pl

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

Michał Skrzypczak; tel. Kontaktowy 61 84 74 637; mail: zamowienia@argenta.com.pl**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

SZP-332-69PN-2020

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Hydrex Diagnostics Sp. z o. o Sp. k

Siedziba: 04-313 Warszawa, ul. T. Żana 4

Adres poczty elektronicznej: info@hydrex.pl

Województwo. mazowieckie

Strona internetowa: www.hydrex.pl

Numer telefonu: 0 (22) 673-13-60 tel. kom *

Numer faksu: 0 (22) 673-13-54

Numer REGON: 008106815

Numer NIP: 113-00-24-519

Nr rachunku rozliczeniowego 89 1750 0009 0000 0000 2057 3357

Godziny urzędowania 8-16

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-332-32PN-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 0%	Cena brutto zł
1	76 800,00	0,00	0%	76 800,00

/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 22 673-13-54 reklamacje@hydrex.pl**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Jolanta Korzeniewska tel. Kontaktowy 22 673—13-60 mail: j.korzeniewska@hydrex.pl

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

Małgorzata Rudnik tel. Kontaktowy 22 673-13-60 mail, : info@hydrex.pl**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

Stanowisko

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

Nazwa: TK Biotech Sp. z o. o.

Siedziba: ul. Królewicza Jakuba 40 a; 02-956 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: office@tkbiotech.com.pl

Strona internetowa: https://www.tkbiotech.com.pl/

Numer telefonu: +48 22 642 06 04 tel. kom. x *

Numer faksu: + 48 22 885 64 70

Numer REGON: 363886608

Numer NIP: 9512407643

Nr aktualnego rachunku rozliczeniowego do faktur 47 1030 1508 0000 0008 1797 5003

Godziny urzędowania 9:00-17:00

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
3.	340 000,00	0,00	0%	340 000,00

*/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/y/ 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 22 885 64 70

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Urszula Nieściur, tel. Kontaktowy +48 22 6420604 mail: office@tkbiotech.com.pl

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

Karolina Włoch, tel. kontaktowy +48 22 6420604 mail: office@tkbiotech.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.

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 warunków zamówienia.

7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.