

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcyNazwa: **LIW Care Technology Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**Siedziba: **Łódź, ul. Golfowa 7, 94-406.**Adres poczty elektronicznej: **t.chmielecki@liwcare.pl**Strona internetowa: **www.liwcare.pl**Numer telefonu: **+48 42 212 35 18** tel. kom. **+48 505 068 844**Numer faksu: **0 (....)**Numer REGON: **100715121**Numer NIP: **729-266-53-87**Nr rachunku rozliczeniowego **48 2490 0005 0000 4520 1323 5775**Godziny urzędowania **9:00 – 17:00**Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ ~~nie prowadząca 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-332-92PN-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	37.500,00 zł	3.000,00 zł	8%	40.500,00 zł
4	275.000,00 zł	22.000,00 zł	8%	297.000,00 zł

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

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 LIW Care Technology Sp. z o. o., ul. Golfowa 7, 94-406 Łódź, r.wasilewski@liwcare.pl, 507 117 169

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Robert Wasilewski tel. Kontaktowy 507 117 169 mail: r.wasilewski@liwcare.pl

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

Robert Wasilewski tel. Kontaktowy 507 117 169 mail: r.wasilewski@liwcare.pl

SZP-332-92PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Meden-Inmed Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Wenedów 2, 75-847 Koszalin

Adres poczty elektronicznej: al@meden.com.pl

Strona internetowa: www.meden.com.pl

Numer telefonu: 94 347-10-50

Numer faksu: 94 345-40-55

Numer REGON: 331039951

Numer NIP: 6692255563

Nr rachunku rozliczeniowego 93 1240 6960 2748 0000 0001 0295

Godziny urzędowania 7.30-15.30

Jestem: osoba 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-332-92PN-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	230 000,00	18 400,00	8%	248 400,00
3	95 000,00	7 600,00	8%	102 600,00
5	118 500,00	9 480,00	8%	127 980,00
7	42 500,00	3 400,00	8%	45 900,00

/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 94 345-40-55, serwis-wrh@meden.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Agnieszka Łobodziec tel. Kontaktowy 94 347-10-50 mail: al@meden.com.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Jerzy Bartodziej tel. Kontaktowy 664-413-001 mail, : jbartodziej@meden.com.pl

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

Nazwisko, imię

SZP-332-92PN-2021

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie