

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez
Małgorzata Gruszczyńska
Data: 2021.07.26 17:15:31
CET

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ul. Żołnierska 20a
tel./fax 62 760 18 03, tel. 62 539 97 77
Siedziba: Województwo
Adres poczty elektronicznej: malgorzata.gruszczyńska@polska.pl
Strona internetowa:
Numer telefonu: 0 (w) 760 18 03 tel. kom.*
Numer faksu: 0 (w) 760 22 53
Numer REGON: 1450450155
Numer NIP: 518-100-22-62
Nr rachunku rozliczeniowego: 82 1020 2410 0000 5502 0004 1011
Godziny urzędowania: 8:00 - 16:00

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-332-96PN-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
4	178.892,35	10875,20	58,23	189.767,58

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 62 760 18 03, zamowienia@polska.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty:
Kinga Szalko - Szlak tel. kontaktowy mail: kinga.szalko@polska.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Małgorzata Gruszczyńska tel. kontaktowy mail: malgorzata.gruszczyńska@polska.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-332-96PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
12

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

Nazwa: „Mona-Kontra” Sp. z o.o.

Siedziba: 16-400 Suwałki, ul Majora Hubala 6 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 69 1090 2590 0000 0001 2990 7557

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-332-96PN-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 itd	209 001,54 zł	10 450,08 zł	5%	219 451,62 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 / 89 / 752 53 61 ,

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 . Eugeniusz Juchniewicz .tel. kontaktowy /89/ 752 53 61 mail: ketrzyn@mona.suwalki.pl
 ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 . Eugeniusz Juchniewicz tel. kontaktowy /89 752 53 61 mail, : ketrzyn@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 zawarcia umowy

SZP-332-96PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

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

Siedziba: .ul. Lubelska 36, 10-409 Olsztyn Województwo : warmińsko-mazurskie

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

Strona internetowa: www.bruno-fassi.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 07.00-15.00

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-332-96PN-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	146992,80	7349,65	5	154342,45
3	85998,00	4299,90	5	90297,90
4 itd	172663,42	11199,51	5,8,23	183862,93

/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 : ul. Lubelska 36, 10-409 Olsztyn

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

SZP-332-96PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: SPÓŁDZIELNIA MLECZARSKA MLEKOVITA

Siedziba: UL. LUDOWA 122, 18-200 WYSOKIE MAZOWIECKIE Województwo PODLASKIE

Adres poczty elektronicznej: hurt.morag@mlekovita.com.pl

Strona internetowa: www.mlekovita.com.pl

Numer telefonu: 0 (89) 7575711 tel. kom. 605994663

Numer faksu: 0 (89) 897572005

Numer REGON: 000437174

Numer NIP: 722-000-23-29

Nr rachunku rozliczeniowego BANK PKO BP 76102013320000100200279448

Godziny urzędowania 7-15

~~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-332-96PN-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	178571,80	8928,59	5%	187500,39

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 89 757 2005; hurt.morag@mlekovita.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
ROBERT DOBROSIELSKI tel. Kontaktowy 605994663 mail: hurt.morag@mlekovita.com.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
ROBERT DOBROSIELSKI tel. Kontaktowy 605994663 mail, : hurt.morag@mlekovita.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 się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych
SZP-332-96PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: FIRMA DYSTRYBUCYJNA „KABANOS” K.SZEPIOLA, S. STEFAŃSKI SP. JAWNA

Siedziba: 10-364 OLSZTYN UL. TRACKA 7

Adres poczty elektronicznej: biuro@kabanos.olsztyn.pl

Strona internetowa: www.kabanos.olsztyn.pl

Numer telefonu: 0 (89) 526 54 55 tel. kom. +48 502 711 036

Numer REGON: 510320320

Numer NIP: 739-10-21-380

Nr rachunku rozliczeniowego 67 1020 3541 0000 5502 0096 1649

Godziny urzędowania 5.00 – 14.00

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą — nie prowadząca działalności... / mikro / małym lub 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-332-96PN-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	128 571,00	6 428,55	5%	134 999,55
3	68 935,00	3446,75	5%	72 381,75

*/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 89 526 54 55 , sprzedaż@kabanos.olsztyn.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : ANDRZEJ ZIENKIEWICZ tel. Kontaktowy 609 658 566 mail: zienkiewicz@kabanos.olsztyn.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Aleksandra Wróblewska / Natalia Siemaszko tel. Kontaktowy 502 711 036 mail : sprzedaż@kabanos.olsztyn.pl