

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

Nazwa: Stryker Polska Sp. zo.o.

Siedziba: 02-822 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: karolina.chodnicka@stryker.com

Strona internetowa: www.stryker.com

Numer telefonu: 0 (..) 22 429 55 50 tel. kom.-.....*

Numer faksu: 0 (22) 429 55 60

Numer REGON: 011207155

Numer NIP: 952-00-15-337

Nr rachunku rozliczeniowego nr 28 1030 1508 0000 0008 1582 6019

Godziny urzędowania8-16.....

~~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-332-94PNU-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
22	2500.00	200.00	8%	2700.00

/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 22 429 55 59, Stryker polska sp. zo.o., 02-822 Warszawa, ul. Poleczki 35

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Karolina Chodnicka tel. Kontaktowy 22 429 55 50 mail: karolina.chodnicka@stryker.com

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

Michał Wójcik tel. Kontaktowy 22 429 55 50 mail, : zamowienia@stryker.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

SZP-332-94PNU-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez
Karolina Chodnicka
Data: 2021.12.22 17:19:38 CET

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

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

Siedziba: ul. Wenedów 2, 75-487 Koszalin Województwo Zachodniopomorskie

Adres poczty elektronicznej: mkusiak@meden.com.pl

Strona internetowa: meden.com.pl

Numer telefonu: 0 (94) 344 90 59 tel. kom. 697 101 179*

Numer faksu: 0 (94) 345 40 55

Numer REGON: 331039951

Numer NIP: 6692255563

Nr rachunku rozliczeniowego 92 1140 2118 8460 0000 0001 0295

Godziny urzędowania 7:00-15:00

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-332-94PNU-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
20	17 058,00	1364,64	8%	18 422,64
21	119 022,30	9521,78	8%	128 544,08

/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 (94) 345 40 55, ul. Wenedów 2, 75-487 Koszalin

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Maja Kusiak tel. Kontaktowy 94 344 90 59 mail: mkusiak@meden.com.pl

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

Maja Kusiak tel. Kontaktowy 94 344 90 59 mail, : mkusiak@meden.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-332-94PNU-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Med&Care sp. z o.o.

Siedziba: Mławska 13, 81-204 Gdynia Województwo pomorskie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@medandcare.plStrona internetowa: www.medandcare.pl

Numer telefonu: 0 (58) 776 22 75 tel. kom.*.

Numer faksu: 0 (58) 350 97 57

Numer REGON: 386298925

Numer NIP: 958-170-89-68

Nr rachunku rozliczeniowego 92 1020 1853 0000 9502 0124 1017

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-332-94PNU-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
19	40 000,00	3 200,00	8%	43 200,00

/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 58 350 97 57, zamowienia@medandcare.pl**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Joanna Galińska tel. kontaktowy 58 776 22 75 mail przetargi@medandcare.pl

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

Justyna Mroczka – Budyn tel. kontaktowy 690 018 702 mail, zamowienia@medandcare.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-332-94PNU-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Łżecka 24, 02-135 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi.mdd@its.jnj.com

Strona internetowa: www.jnjpoland.pl

Numer telefonu: (22) 237-80-00 tel. kom. 667 607 287*

Numer faksu: 0 (.22) 237 86 40

Numer REGON: 006934330

Numer NIP: 113-00-20-467

Nr rachunku rozliczeniowego 72103015080000000500024364

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-332-94PNU-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	8 000,00	640,00	8%	8 640,00
2	25 732,00	2 058,56	8%	27 790,56
3	2 400,00	192,00	8%	2 592,00
5	43 500,00	3 480,00	8%	46 980,00
6	43 000,00	3 440,00	8%	46 440,00
7	1 200,00	96,00	8%	1 296,00
8	4 800,00	384,00	8%	5 184,00
9	4 500,00	360,00	8%	4 860,00
10	11 400,00	912,00	8%	12 312,00
11	20 050,00	1 604,00	8%	21 654,00
12	12 600,00	1 008,00	8%	13 608,00
13	11 000,00	880,00	8%	11 880,00
14	14 500,00	1 160,00	8%	15 660,00
15	79 280,00	6 342,40	8%	85 622,40
16	21 400,00	1 712,00	8%	23 112,00
17	902 428,00	72 194,24	8%	974 622,24

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Arthrex Polska Sp. z o.o.**Siedziba: **ul. Łopuszańska 95, 02-457 Warszawa** Województwo ... **Mazowieckie**Adres poczty elektronicznej: **przetargi@arthrex.pl**Strona internetowa: **https://www.arthrex.com**.....Numer telefonu: **0 (22) ... 279 70 00**..... tel. kom. ...**nie dotyczy**.....*Numer faksu: **0 (22) ... 279 70 01**.....Numer REGON: **145925027**.....Numer NIP: **7010330145**.....Nr rachunku rozliczeniowego ...**65 1090 2851 0000 0001 3728 3332**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-332-94PNU-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
18	32 940,00 zł	2 635,20 zł	8%	35 575,20 zł
2 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 **22 279 70 01/... info@arthrex.pl / Arthrex Polska****Sp. z o.o. ul. Łopuszańska 95, 02-457 Warszawa****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Magdalena Krajniak – Pełnomocnik tel. Kontaktowy **22 279 70 00** mail: przetargi@arthrex.pl

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

SZP-332-94PNU-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie