

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

Nazwa: Stryker Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Poleczki 35 02-822 Województwo Warszawa
 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-332-95PN-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	118 120.00 zł	9449,60	8%	127 569.60 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 22 429 55 59, reklamacje@stryker.com, zamowienia@stryker.com

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : [Karolina Chodnicka](mailto:Karolina.Chodnicka@stryker.com) tel. Kontaktowy22 429 55 50 mail: Karolina.chodnicka@stryker.com
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Michał Wojciktel. Kontaktowy22 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-332-95PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
 11

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany
 przez Karolina Chodnicka
 Data: 2023/07/10
 11:10:31 CEST

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: PROMED S.A.

Siedziba: ul. Działkowa 56, 02-234 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@promed.com.pl

Strona internetowa: www.promed.com.pl

Numer telefonu: 0 (22) 839 99 01 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (22) 839 64 57

Numer REGON: 001325900

Numer NIP: 118-00-62-976

Nr rachunku rozliczeniowego 88 1240 1053 1111 0011 0678 9932

Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

~~Jestem: osobą 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-332-95PN-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	100 600,00 zł	8 048,00 zł	8%	108 648,00 zł
5	177 513,00 zł	14 201,04 zł	8%	191 714,04 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 22 839-81-85, dok@promed.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Magdalena Wysokińska tel. Kontaktowy 22 22 22 621 mail: przetargi@promed.com.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Katarzyna Chracewicz-Pelka tel. Kontaktowy 22 22 22 605 mail: dok@promed.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.

SZP-332-95PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Resmed Polska Sp. zo.o

Siedziba: Pokorna 2 lok U18A Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: biuro@resmed.com

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (..) tel. kom. 022-539-22-00

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 145839380

Numer NIP: 5272667838

Nr rachunku rozliczeniowego

Godziny urzędowania

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-332-95PN-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	132 871,30 zł	10 719,69 zł	8%, 23%	143 590,99 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 zamowienia@resmed.com**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Magdalena Kowalczyk tel. Kontaktowy 660-321-884 mail: biuro@resmed.com

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Maria Wichrowska tel. Kontaktowy 505 554 545 mail, : maria.wichrowska@resmed.com

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

Nazwisko, imię Magdalena Kowalczyk

Stanowisko .Pełnomocnik

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

SZP-332-95PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Olsztyn, dnia 03-12-2021r

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: : MAR-FOUR MARIAN SIEKIERSKI
Siedziba: 95-050 KONSTANTYNÓW ŁÓDZKI, UL. SREBRZYŃSKA 5/7 Województwo ŁODZKIE
Adres poczty elektronicznej: R.KUBIAK@MARFOUR.COM.PL
Strona internetowa: WWW.MARFOUR.COM.PL
Numer telefonu: 042 650 88 21 tel. kom. 695 109 705
Numer faksu: 0 (42) 612 17 50
Numer REGON: 472202650
Numer NIP: 7291540258
Nr rachunku rozliczeniowego PEKAO SA 70 1240 5585 1111 0000 4885 9587
Godziny urzędowania 08:00 – 15:00

Jestem: osoba fizyczna 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-332-95PN-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
3	21500,00	1720,00	8%	23 220,00

/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 INFO@MARFOUR.COM.PL , 42 650 87 31, ADRES W NAGŁÓWKU.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : ROBERT KUBIAK tel. Kontaktowy 695 109 705 mail: R.KUBIAK@MARFOUR.COM.PL
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: DZIAŁ REALIZACJI tel. Kontaktowy 42 650 88 21 mail, : INFO@MARFOUR.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.

SZP-332-95PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie