



PODPIS ZAUFANY
IRENA
CZAPLA
2012.03.31 19:07:45 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ..Czapla i Spółka s.c...

Siedziba: ..11-041 Olsztyn, ul. Sokola 6c.....

Adres poczty elektronicznej: ...biuro@czapla.com.pl.....

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (.89.)526-05-93.... tel. kom. ..600280871..*

Numer faksu: 0 (...89.) ...526-05-93.....

Numer REGON:004443496.....

Numer NIP:7390203386.....

Nr rachunku rozliczeniowego43249000050000453028182367.....

Godziny urzędowania7,30-15,30.....

Jestem: ~~osobą prowadzącą działalność gospodarczą / 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-332-104PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr 1	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	202361,40	46543,12	23	248904,52
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 adresbiuro@czapla.com.pl 11-041 Olsztyn, ul. Sokola 6c.....

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

..... Irena Czapla, Zbigniew Czapla.tel. kontaktowy...600280871.... mail:biuro@czapla.com.pl.....

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

... Irena Czapla, Zbigniew Czapla.tel. kontaktowy...600280871.... mail:biuro@czapla.com.pl.....

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

Nazwisko, imięIrena Czapla.....

Stanowiskowspółwłaściciel.....

Telefon.....89 5260593.....Fax.....89 5260593.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; ~~do~~

SZP-332-104PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



PODPIS ZAUFANY
KRYSTIAN PIOTR
TOPA
31.12.2021 09:47:00 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
poforum zaufanym

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: EXPOK. PL KRYSTIAN TOPA

Siedziba: UL. WILCZYŃSKIEGO 28 10-693 Olsztyn

Adres poczty elektronicznej: biuro@expok.pl

Strona internetowa: www.expok.pl

Numer telefonu: 0 (...) BRAK tel. kom. 507 - 055 - 871

Numer faksu: 0 (...) BRAK

Numer REGON: 280599161

Numer NIP: 739 339 92 72

Nr rachunku rozliczeniowego ALIOR BANK 02 2490 0005 0000 4530 3239 8434

Godziny urzędowania: poniedziałek - piątek 10:00-18:00, sobota 10:00 - 14:00

Jestem: ~~osobą prowadzącą działalność gospodarczą / 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-332-104PN-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	347384,9	79898,53	23%	427283,4
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 Expok.pl Krystian Topa ul. Wilczyńskiego 28 10-693 Olsztyn; adres e-mail: biuro@expok.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Magdalena Muracka tel. kontaktowy 887 - 630 - 870 mail: biuro@expok.pl

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

Krystian Topa tel. kontaktowy 507 - 055 - 871 mail: meble@expok.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-332-104PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

TRONUS POLSKA SP. Z O.O.

Siedziba Wykonawcy: UL. ORDONA 2A, 01-237 WARSZAWA

Nr telefonu 22 353 66 77

e-mail: dzp@tronus.pl

Nr NIP 5272680141

Nr REGON 146196211

Nr KRS 0000426304

wykonawca jest: mikro / małym / średnim / dużym** przedsiębiorstwem.

KONRAD WARDA – DYREKTOR PRZEDSIĘBIORSTWA

Jestem: osoba prowadząca działalność gospodarczą / 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-332-104PN-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.	237 970,00 zł	54 733,10 zł	23%	292 703,10 zł
2.	63 640,00 zł	14 637,20 zł	23%	78 277,20 zł
3.	16 470,00 zł	3 788,10 zł	23%	20 258,10 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 reklamacja@tronus.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

KONRAD WARDA – DYREKTOR tel. Kontaktowy 22 353 66 77 mail: dzp@tronus.pl ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

SZP-332-104PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: VIGO Agnieszka Wójcik

Siedziba: 95-035 Katarzynów, ul. Jałowcowa 6 Województwo łódzkie

Adres poczty elektronicznej: vigomeble@gmail.com

Strona internetowa: www.vigo-meble.pl

Numer telefonu: 0 (..)xxx..... tel. kom. 505-548-245*

Numer faksu: 0 (....)xxx.....

Numer REGON: 100946843

Numer NIP: 7321279328

Nr rachunku rozliczeniowego 05 1240 3057 1111 0010 7606 9207

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-332-104PN-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	29655,00	6820,65	23%	36475,65
3	11700,00	936,00	8%	12636,00

/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 vigomeble@gmail.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Agnieszka Wójcik tel. Kontaktowy 505-548-245 mail: vigomeble@gmail.com

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

Agnieszka Wójcik tel. Kontaktowy 505-548-245 mail, : vigomeble@gmail.com

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon..... Fax.....

SZP-332-104PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Podpis jest
prawidłowyDokument
podpisany przez
Agnieszka Wójcik
Data: 2021.12.20
20:48:45 CET

Załącznik Nr 1
FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Zakład Techniki Medycznej "TECH-MED" Sp. z o.o.
Siedziba: ul. Ernsta Petersona 6A, 85-862 Bydgoszcz
Adres poczty elektronicznej: ruszczak@techmed.com.pl
Strona internetowa: www.techmed.com.pl
Numer telefonu: 0 (52) 3605850 tel. kom. 533394939*
Numer faksu: 0 (52) 3605880
Numer REGON: 092336441
Numer NIP: 953 22 86 409
Nr rachunku rozliczeniowego BNP Paribas Bank Polska S.A. 75 1750 1051 0000 0000 4086 7171
Godziny urzędowania 07:30- 15:30

~~Jestem: osobą prowadzącą działalność gospodarczą / 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-332-104PN-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	15860,00 zł	1268,80 zł	8%	17128,80 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:

- Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres Zakład Techniki Medycznej "TECH-MED" Sp. z o.o., ul. Ernsta Petersona 6A 85-862 Bydgoszcz, tel. 52 360 58 50 do 89, fax 52 360 58 80, dumalska@techmed.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Patrycja Ruszczak tel. Kontaktowy 533 394 939, mail: ruszczak@techmed.com.pl
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Michalina Dumalska tel. Kontaktowy 537 385 560 mail, : dumalska@techmed.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.

- Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że uważam(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
- Oświadczamy, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy

SZP-332-104PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



PODPIS ZAUFANY
TADEUSZ
CWALINA
21.12.2021 08:31:54 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Przedsiębiorstwo Prywatne MARKUS Tadeusz Cwalina

Siedziba: 11-034 Stawiguda ul. Makowa 5

Adres poczty elektronicznej: biuro@ppmarkus.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (48) 89-512-64-46 tel. kom. +48 502-448-464

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 510216573

Numer NIP: 7390011066

Nr rachunku rozliczeniowego 97 2490 0005 0000 4530 8987 6887

Godziny urzędowania 07:00 – 15:00

Jestem: osobą prowadzącą działalność gospodarczą / 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-332-104PN-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	194310	44691,3	23,00%	239001,3
2	_____	_____	_____	_____

/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 Akceptuje 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 : j.w.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

.....Andrzej Korsak tel. kontaktowy +48 502-445-464 mail: akorsak@ppmarkus.pl

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

....Tadeusz Cwalina tel. kontaktowy +48-502-642-188 mail, : tcwalina@ppmarkus.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-332-104PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie