

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

Nazwa: URTICA sp.zo.o.

Siedziba: ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław Województwo dolnośląskie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@urtica.pl

Strona internetowa: www.urtica.pl

Numer telefonu: 71 782 66 01 tel. kom.*
* - numer telefonu komórkowego

Numer faksu: 71 782 66 43

Numer REGON: 9320818014

Numer NIP: 894-25-56-799

Nr rachunku rozliczeniowego **19 1050 0086 1000 0023 0810 9236**

Godziny urzędowania 08:00 – 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-332-105PNU-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	2 296 000,00 zł	183 680,00 zł	8%	2 479 680,00 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 **42 200 7941 oraz reklamacje@urtica.pl****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Barbara Najder tel. Kontaktowy 71 782 66 81 mail: przetargi@urtica.pl▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
.....tel. kontaktowy.....mail, :**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

Stanowisko

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

SZP-332-105PNU-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: CSL Behring Sp. z o.o.

Siedziba: ul. A. Branickiego 17, 02-972 Warszawa Województwo Mazowieckie
 Adres poczty elektronicznej: przetargi.cslobehring@nettle.pl (w trakcie postępowania)
 Strona internetowa: <https://www.cslobehring.pl/>
 Numer telefonu: 0 (71) 7156788 tel. kom.* (w trakcie postępowania)
 Numer faksu: 0 (71) 7336899 (w trakcie postępowania)
 Numer REGON: 145830261
 Numer NIP: 5272665880
 Nr rachunku rozliczeniowego : PL55 1880 0009 0000 0011 0236 6000
 Godziny urzędowania 8:00 – 14:00

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-332-105PNU-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	189 000,00	15 120,00	8%	204 120,00

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 4688880 / e mail: cslobehring@pharma.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Aniła Poznańska tel. Kontaktowy 71 7156788 mail: przetargi.cslobehring@nettle.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Justyna Jaroszek, tel. Kontaktowy 22 5690903 mail, : cslobehring@pharma.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

SZP-332-105PNU-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie