

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **SARSTEDT Sp.z o.o**

Siedziba: ul. Warszawska 25 Blizne Łaszczyńskiego 05-082 Stare Babice

Adres poczty elektronicznej: przetargi.pl@sarstedt.com Województwo: mazowieckieStrona internetowa: www.sarstedt.com

Numer telefonu: tel. 22-722-05-43 tel. kom.-.....*

Numer faksu: faks: 22-722-07-95.

Numer REGON: 632511961

Numer NIP: 787-00-01-085

Nr rachunku rozliczeniowego Deutsche Bank 64 1880 0009 0000 0011 0276 8000

Godziny urzędowania godz. 8-16

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-332-116PN-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	100 077,50 zł	22 006,83 zł	8% i 23%	122 084,33 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 faks: 22-722-07-95. , e-mail: info.pl@sarstedt.com.**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Monika Niebrzydowska tel. kontaktowy tel. 22-722-95-45 mail: przetargi.pl@sarstedt.com

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Agnieszka Cieślukowska tel. kontaktowy tel. 22-722-05-43 mail: info.pl@sarstedt.com

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

Nazwa: EQUIMED HOŁDA, LENK TREMBECKI S. J.

Siedziba: UL. PROADNICKA 46, 31-202 KRAKÓW

Adres poczty elektronicznej: olsztyn@equimed.com.pl .Województwo. Małopolskie.Strona internetowa: www.equimed.com.pl

Numer telefonu: 0 (89) 51 95 795 tel. kom. 694 48 63 73 *

Numer faksu: 0 (89) .51 95 795

Numer REGON: 350526410

Numer NIP: .676-001-28-97

Nr rachunku rozliczeniowego 11 1240 4533 1111 0000 5429 8800

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-332-116PN-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	76 240,00	17 535,20	23%	93 775,20
2	105 165,00	23 316,45	8 oraz 23%	128 481,45

/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 89/ 51 95 795, olsztyn@equimed.com.pl .**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Renata Janowska-Szmyt .tel. kontaktowy 694 48 63 73 mail: olsztyn@equimed.com.pl .

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

Renata Janowska-Szmyt .tel. kontaktowy 694 48 63 73 mail, : olsztyn@equimed.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-332-116PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie