

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

Fisher & Paykel Healthcare Poland Sp. z o.o.
Pl. Andersa 7
61-894 Poznań

Województwo: **Wielkopolskie**

Adres poczty elektronicznej: biuro@fphcare.pl

Strona internetowa: www.fphcare.com

Numer telefonu: **664 846 464 / 8004911977**

Numer REGON: **389810453**

Numer NIP: **783 184 29 46**

Nr rachunku rozliczeniowego **Citi Bank PL73 1030 1508 0000 0008 2217 9000**

Godziny urzędowania **8:00-17:00**

Jestem: mikroprzedsiębiorstwem

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-332-03PN-2022, 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	76 637,74	6 435,18	8 i 23%	83 072,93

/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 - adres email biuro@fphcare.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Biuo Fisher & Paykel Healthcare Poland tel. kontaktowy **664 846 464 / 8004911977** mail: biuro@fphcare.pl

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

Biuo Fisher & Paykel Healthcare Poland tel. kontaktowy **664 846 464 / 8004911977** mail, : biuro@fphcare.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

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

Nazwa: Mikamed Sp. z o. o.

Siedziba: ul. Bądkowskiego 41/7, 80-137 Gdańsk Województwo pomorskie

Adres poczty elektronicznej: biuro@mikamed.pl

Strona internetowa: www.mikamed.pl

Numer telefonu: (58) 74-22-909 tel. kom. 722 156-136*

Numer faksu: (58) 74-22-808

Numer REGON: 220532459

Numer NIP: 957-098-69-65

Nr rachunku rozliczeniowego 92 1030 0019 0109 8530 0015 6965

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-332-03PN-2022, 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
6	60520,00	4841,60	8%	65361,60

/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) 74-22-808; Mikamed Sp. z o. o. ul. Bądkowskiego 41/7, 80-137 Gdańsk

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Tomasz Piechota tel. kontaktowy (58) 74-22-909 mail: biuro@mikamed.pl

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

Tomasz Piechota tel. kontaktowy (58) 74-22-909 mail: biuro@mikamed.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-332-03PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Multimed Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Brukowa 6, 91-341 Łódź Województwo łódzkie

Adres poczty elektronicznej: zam.publiczne@multimed.com.plStrona internetowa: www.multimed.com.pl

Numer telefonu: 0 (42) 640 74 35 tel. kom. 501 406 532 *

Numer faksu: 0 (...)

Numer REGON: 471117757

Numer NIP: 9470006275

Nr rachunku rozliczeniowego 07 1240 5527 1111 0010 5506 2098

Godziny urzędowania 08:30- 16:30

~~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-332-03PN-2022, 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
5	44 660,00 zł	3 572,80 zł	8 %	48 232,80 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:

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 e-mail: multimed@multimed.com.pl**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Majka Kozanecka tel. Kontaktowy 42 640 74 35 mail: e-mail: zam.publiczne@multimed.com.pl

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

Borys Pełka tel. Kontaktowy 42 640 74 35 mail, borys.pelka@multimed.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.

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

Nazwa: Sarstedt Sp. z o.o.

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

Województwo mazowieckie

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

Numer telefonu: 22/722 95 45

Numer faksu: 22/722 07 43

Numer REGON: 632511961

Numer NIP: 7870001085

Nr rachunku rozliczeniowego 64 1880 0009 0000 0011 0276 8000 Deutsche Bank Polska S.A.

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-332-03PN-2022, 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
7	10 192,50 zł	1 200,75	8% i 23%	11 393,25 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: fax. 22/722 07 43, e-mail: info.pl@sarstedt.com**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Katarzyna Szadkowska – Specjalista ds. Zamówień Publicznych, tel. kontaktowy: 22/722 95 45, e-mail:

przetargi.pl@sarstedt.com

▶ 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.....

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

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Medtronic Poland Sp. z o.o.**Siedziba: **ul. Polna 11, 00-633 Warszawa Województwo : mazowieckie**Adres poczty elektronicznej: **rs.wawtenders@medtronic.com**Strona internetowa: **www.medtronic.com**Numertelefonu: **0 (22) 465 69 00 tel. kom. - ***Numer faksu: **0 (22) 465 69 52**Numer REGON: **011206233**Numer NIP: **9521000289**Nr rachunku rozliczeniowego : **37 1090 2851 0000 0001 3733 2142**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-332-03PN-2022, 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
8	149 000,00 zł	11 920,00 zł	8%	160 920,00 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 022 465 69 17, Medtronic Poland Sp. z o.o. ul. Polna 11,00-633 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Michał Sobczak tel. Kontaktowy 514 800 409 mail: rs.wawtenders@medtronic.com

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Dział Obsługi Klienta ..tel. kontaktowy 022 275 69 66 mail, : obsluga.klienta@medtronic.com

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

SZP-332-03PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Izabela
Żebrowska
Data: 2022.02.09 09:07:19 CET

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Inov8 I. Żebrowska spółka komandytowa

Siedziba: Warszawa Województwo: mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: biuro@inov8-med.pl

Strona internetowa: www.inov8-med.pl

Numer telefonu: 22 644 39 22 tel. kom. 533 808 508

Numer faksu: 22 644 39 22

Numer REGON: 142721347

Numer NIP: 9512329908

Nr rachunku rozliczeniowego 12 1140 2062 0000 4463 9500 1001

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-332-03PN-2022, 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	52.108,00 zł	4168,64 zł	8%	56.276,64 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 22 644 39 22, ul. Mińska 48 lok 1U, 03-808 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Izabela Żebrowska tel. Kontaktowy: 22 644 39 22 mail: biuro@inov8-med.pl

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

Izabela Żebrowska tel. Kontaktowy: 22 644 39 22 mail: biuro@inov8-med.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-332-03PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie