



PODPIS ZAUFANY

MICHAŁ
SZAŁUCHA
19/02/2022 10:25:08 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: Premium Michał Szałucha

Siedziba: ul. Witosa 19/24 10-688 Olsztyn

Adres poczty elektronicznej: biuropremium@o2.pl

Strona internetowa: premium-tonery.pl

Numer telefonu: 0 (..) tel. kom. 513-309-063

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON:380-924-793

Numer NIP:821-201-82-62

Nr rachunku rozliczeniowego PKO BP 54 1020 3541 0000 5402 0304 8790

Godziny urzędowania 7.30-15.30

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-332-11PN-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	56370,00	12965,12	23	69335,12
2	123605,00	28429,15	23	152034,15

*/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 513309063, biuropremium@o2.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Michał Szałucha .tel. kontaktowy 513309063 mail: biuropremium@o2.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.....

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

SZP-332-11PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

1

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

Nazwa: P.H.PAXER Sp.J Jolanta Prusinowska, Grzegorz Prusinowski

Siedziba: 10-411 Olsztyn, ul.Towarowa 11

Adres poczty elektronicznej: paxer12@paxer.pl

Strona internetowa: www.paxer.pl

Numer telefonu: 0 (89..) 532-27-12 tel. kom.*
.....*

Numer faksu: 0 (89) 532-27-14

Numer REGON: 510508927

Numer NIP: 739-030-43-48

Nr rachunku rozliczeniowego 8-16.

Godziny urzędowania PKOBP S.A.o/Olsztyn 42 1020 3541 0000 5702 0011 4124

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-332-11PN-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	45528,96	10471,77	23%	56000,73
2	81 126,16	18 659,03	23 %	99 785,19

*/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 .P.H.Paxer Sp.J.ul.Towarowa 11, 10-416 Olsztyn,paxer12@paxer.pl.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Aneta Urbańska.nr tel,89 532-27-12 ; paxer12@paxer.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.....

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

SZP-332-11PN-2022**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie**

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

Nazwa: KOMAX 9 Sp. z o.o.
 Siedziba: 10-418 Olsztyn ul. Przemysłowa 2
 Adres poczty elektronicznej: biuro@komax9.pl
 Strona internetowa: komax9.pl
 Numer telefonu: 0 (89) 539-12-10 tel. kom. 667-300-500
 Numer faksu: 0 (89) 534-43-33
 Numer REGON: 510417432
 Numer NIP: 739-15-73-151
 Nr rachunku rozliczeniowego 47203000451110000003728230
 Godziny urzędowania 8-16

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-332-11PN-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	44 303,60	10 189,83	23%	54 493,43 zł
2	145 086,00	33 369,78	23%	178 445,78 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 (89) 534-43-33, biuro@komax9.pl.

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Krzysztof Siembida tel. kontaktowy (89) 539-12-10 mail: biuro@komax9.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Marzena Stelmach tel. kontaktowy (89) 539-12-10 mail, : biuro@komax9.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-332-11PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie