

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Biochem Polska Sp.z o.o.**Siedziba: **ul. Nowa 23, 05-500 Stara Iwiczna**Województwo **mazowieckie**Adres poczty elektronicznej: **patrycjarojek@biochempolska.pl**Strona internetowa: **www.biochempolska.pl**Numer telefonu: **0 (22) 7371250** tel. kom. **729 976 652 ***Numer faksu: **0 (22) 7371251**Numer REGON: **011833020**Numer NIP: **9511590183**Nr rachunku rozliczeniowego **76 1160 2202 0000 0004 5653 6144**Godziny urzędowania **pn. – pt. 08:00 – 16:00**

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-332-10PN-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	58 500,00	4 680,00	8%	63 180,00

/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 7371251, biochem@biochempolska.pl****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Patrycja Rojek tel. kontaktowy **22 7371250** mail: **patrycjarojek@biochempolska.pl**

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

Justyna Beliniak – Ołdak tel. kontaktowy **22 7371250** mail: **justynaoldak@biochempolska.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: Becton Dickinson Polska Sp. zo.o.

Siedziba: ul. Osmańska 14, 02-823 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@bd.com.

Strona internetowa: www.bd.com

Numer telefonu: 0 (22) 377-11-52 tel. kom. 787-098-766.*

Numer faksu: 0 (22) 377-11-43

Numer REGON: 011697403

Numer NIP: 527-10-55-984

Nr rachunku rozliczeniowego 52 1600 1127 1845 3527 3000 0001

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-332-10PN-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	55000,00	4400,00	8%	59 400,00
3	11850,00	948,00	8%	12 798,00

/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 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 42-200-84-96, reklamacjeproductowe@pharmalink.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Joanna Kordas tel. Kontaktowy 22-377-11-52 mail: .przetargi@bd.com

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Pracownik Działu Obsługi Klienta tel. Kontaktowy 42-200-84-95 mail: , bd@pharmalink.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-332-10PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Bialmed Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Kazimierzowska 46/48/35, 02-546 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: dzp@bialmed.pl

Strona internetowa: www.bialmed.pl

Numer telefonu: 0 (87) 424-11-77 tel. kom.*
* - numer komórkowy

Numer faksu: 0 (87) 424-11-85

Numer REGON: 790003564

Numer NIP: 849-00-00-039

Nr rachunku rozliczeniowego PKO BP 59 1020 4727 0000 3402 0005 7604

Godziny urzędowania 7:00 – 15:00

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-332-10PN-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
2	41 040,00	3 283,20	8%	44 323,20
3	87 256,00	6 980,48	8%	94 236,48

*/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 087 424-11-85 / bok@bialmed.pl / Bialmed Sp. z o.o. ul. płk. Leona Siłickiego 1, 12-200 Pisz

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Przemysław Szczech tel. kontaktowy 087 424-11-77 mail: dzp@bialmed.pl

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Aleksandra Krajewska tel. kontaktowy 087 424-11-77 mail, : bok@bialmed.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-332-10PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

Nazwa: Medima Sp. z o.o.

Siedziba: Aleje Jerozolimskie 200; 02-486 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: sprzedaz@medima.pl

Strona internetowa: www.medima.pl

Numer telefonu: 223132266 tel. kom. 604 560 162, *

Numer faksu: 223132269

Numer REGON: 015641760

Numer NIP: 5222709842

Nr rachunku rozliczeniowego 41 1160 2202 0000 0000 4164 0711

Godziny urzędowania 7:00 – 15:00

~~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-332-10PN-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	91 500,00	7 320,00	8	98 820,00

/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 223132266 / sprzedaz@medima.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Marcin Wierzbicki – upoważniony na piśmie tel. Kontaktowy 604 560 162 mail: m.wierzbicki@medima.pl

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

Dział Handlowy tel. Kontaktowy 223132266 mail, : sprzedaz@medima.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 wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

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

Nazwa: ZARYS International Group sp. z o.o. sp. k.

Siedziba: ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze Województwo Śląsk

Adres poczty elektronicznej: przetargi@zarys.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: 32 376 07 23 tel. kom.*

Numer faksu: 32 376 07 66

Numer REGON: 273295877

Numer NIP: 648-19-97-718

Nr rachunku rozliczeniowego 81 1050 1588 1000 0002 0317 2614

Godziny urzędowania

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-332-10PN-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	25 250,00 zł	2 020,00 zł	8%	27 270,00 zł
2	40 200,00 zł	3 216,00 zł	8%	43 416,00 zł
3	83 386,00 zł	6 670,88 zł	8%	90 056,88 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 32-376-07-07, zamowienia@zarys.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Jessica Dziombek tel. Kontaktowy 32 376 07 23 mail: przetargi@zarys.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Marlena Wileńska tel. Kontaktowy 32-274-75-46 mail, : zamowienia@zarys.pl

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

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

Nazwa: Sinmed Sp. z o. o.

Siedziba: ul. Graniczna 32B, 44-178 Przyszowice Województwo śląskie
 Adres poczty elektronicznej: dzp3@sinmed.pl
 Strona internetowa: www.sinmed.pl
 Numer telefonu: 0 (..) tel. kom. 518-615-733 *
 Numer faksu: 0 (32) 739 00 45
 Numer REGON: 36556781
 Numer NIP: 6312665250
 Nr rachunku rozliczeniowego 43 1050 1214 1000 4939 6682
 Godziny urzędowania 7:00 – 15:00

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ – nie prowadząca działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym firmym - 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-332-10PN-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
2	31 080,00 zł	2 486,40 zł	8%	33 566,40 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: 32 739 00 45; mail: dok@sinmed.pl; ul. Graniczna 32B, 44-178 Przyszowice

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Patrycja Banaś tel. Kontaktowy 518-615-733 mail: dzp3@sinmed.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Patrycja Masorz tel. Kontaktowy 512-997-426 mail, : dok@sinmed.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: **KD Medical Polska Sp. z o.o.**

Siedziba: ul. Legionów 192B , 43-502 Czechowice-Dziedzice

Adres poczty elektronicznej: a.buczynski@kdm-polska.pl

Strona internetowa: www.kdm-polska.pl

Numer telefonu: 0 33/8130282 tel. kom.*
Numer faksu: 0 33/4720530

Numer REGON: 142717423

Numer NIP: 7010272502

Nr rachunku rozliczeniowego **ING Bank Śląski 51 1050 1070 1000 0023 5956 2994**

Zwrot wadium: mBank 61 1140 1049 0000 2170 8100 1007

Godziny urzędowania 7-15

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-332-10PN-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	28 000,00	2 240,00	8%	30 240,00
3	83 540,00	6 683,20	8%	90 223,20

/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 nr faksu i adres 33/4720530, i.pasierbska@kdm-polska.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Adam Buczyńskitel. kontaktowy 33/ 8130282 mail: a.buczynski@kdm-polska.pl

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

Katarzyna Wiercigrochtel. kontaktowy 33/ 8130281 mail, : k.wiercigroch@kdm-polska.pl

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

Nazwisko, imię

SZP-332-10PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie