

B

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: Terumo Poland Sp. z o.o.

Siedziba: ul. 1 Sierpnia 6, 02-134 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: zamowienia.publiczne@terumo-europe.com

Strona internetowa: www.terumo-europe.com

Numer telefonu: 0 (22) 120 16 10 tel. Kom: 609 006 027, 609 006 443

Numer faksu: 0 (22) 120 16 02

REGON: 364272498,

NIP: 5252656688

Nr rachunku rozliczeniowego 56 1600 1374 1838 6596 2000 0001

Godziny urzędowania 8:00 – 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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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	28 340,00 zł	2 267,20 zł	8%	30 607,20 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 22 120 16 02, e-mail: obsługa.klienta@terumo-europe.com, ul. 1 Sierpnia 6, 02-134 Warszawa**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Joanna Adamiec, Anna Szelest tel. Kontaktowy 609 006 027, 609 006 443, mail: zamowienia.publiczne@terumo-europe.com

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

Dział Obsługi Klienta tel. Kontaktowy 22 120 16 05 mail: obsługa.klienta@terumo-europe.com**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

4

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Abbott Medical Sp. z o.o.**Siedziba: **ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa**Województwo: **mazowieckie**Adres poczty elektronicznej: **przetargi@abbott.com**Strona internetowa: **www.abbott.com**Numer telefonu: **0 (22) 319 14 07** tel. kom. **885 580 349**Numer faksu: **0 (22) 319 14 41**Numer REGON: **012731970**Numer NIP: **952 17 01 649**Nr rachunku rozliczeniowego **26 1600 1127 1840 2665 2000 0001**Godziny urzędowania **8.30 – 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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych - angiografia**: - nr sprawy: SZP-332-26PN-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	9 600,00	768,00	8%	10 368,00
9	13 900,00	1 112,00	8%	15 012,00

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i połączyć 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 22 319 14 42, ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Jowita Chaczbabian, tel. kontaktowy 22 319 14 07 mail: przetargi@abbott.com

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

Paulina Mołotkiewicz, tel. kontaktowy 22 319 14 09 mail: dok@av.abbott.com**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.

7.2. Oświadczamy, że uważam(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

7.3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia wymagania stawiane SZP-332-26PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

A

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Medtronic Poland Spółka z o.o.**Siedziba: **ul. Polna 11 00-633 Warszawa Województwo mazowieckie**Adres poczty elektronicznej: **rs.wawtenders@medtronic.com**Strona internetowa: **www.medtronic.pl**Numer telefonu: **0 (22) 275 69 41 tel. kom. +48 510 202 988**Numer faksu: **0 (22) 465 69 52**Numer REGON: **011206233**Numer NIP: **PL 9521000289**Nr rachunku rozliczeniowego **37 1090 2851 0000 0001 3733 2142**Godziny urzędowania **8:00 – 16:00**

Jestem: osoba fizyczna prowadząca 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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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
11	77.285,00 zł	6.332,80 zł	8%	83.617,80 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 **022 465 69 17, ul. Polna 11 00-633 Warszawa****5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Małgorzata Nowak tel. Kontaktowy **022 465 69 41 lub +48 510 202 988** mail:**rs.wawtenders@medtronic.com**

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

Pracownicy działu obsługi klienta tel. Kontaktowy **022 275 69 66** mail, :**obsługa.klienta@medtronic.com****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-332-26PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: BARD Poland Sp. z o.o

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

Adres poczty elektronicznej: przetargi@bd.comStrona internetowa: www.crbard.pl

Numer telefonu: 221041884 tel. kom.*

Numer faksu: 022 321 09 38

Numer REGON: 141188508

Numer NIP: 1070008645

Nr rachunku rozliczeniowego BNP PARIBAS - 32 1750 0009 0000 0000 0982 5328

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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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	11 700,00 zł	936,00 zł	8%	12 636,00 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 Tel: 221041884, Fax: 022 321 09 38, mail: bok@bd.com, adres: Ul. Osmańska 14, 02-823 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Patrycja Kowalczyk tel. Kontaktowy 884 206 934 mail: przetargi@bd.com

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

Dział Obsługi Klienta tel. Kontaktowy 221041884 mail, : bok@bd.com

SZP-332-26PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

5

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

Nazwa: „HAMMERMED Medical Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością”
 Spółka komandytowo-akcyjna
 Siedziba: 90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 69/71
 Województwo: łódzkie
 Adres poczty elektronicznej: przetargi@hammer.pl
 Strona internetowa: www.hammer.pl
 Numer telefonu: 42-639-10-10
 Numer faksu: 42-639-10-20
 Numer REGON: 360599587
 Numer NIP: 728-280-08-37
 Nr rachunku rozliczeniowego 07 10501461 10000023 54354215
 Godziny urzędowania 8:30 – 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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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
3	37.900,00	3.032,00	8%	40.932,00

/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 email: firma@hammer.pl / 42-639-10-20

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Aleksandra Sławińska tel. Kontaktowy: 42-639-10-10(15), mail: przetargi@hammer.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Przemysław Leszyński, tel. Kontaktowy: 42-639-10-10(23), mail: zamowienia@hammer.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: ... Billmed Sp. z o.o.....

Siedziba: ul. Krypska 24/1, 04-082 Warszawa.....

Województwomazowieckie.....

Adres poczty elektronicznej: ... billmed@billmed.pl.....

Strona internetowa: www.billmed.pl.....

Numer telefonu: 22 870 27 52..... tel. kom.*.

Numer faksu: 22 870 27 76.....

Numer REGON: 006743446.....

Numer NIP: 113-00-07-544.....

Nr rachunku rozliczeniowego PEKAO S.A. XV O/ W-wa filia nr 8; Nr 06 1240 2887 1111 0000 3388 5539.....

Godziny urzędowania8:00-16:00.....

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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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	3700,00	296,00	8%	3996,00

/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 22 870 27 76, zamowienia@billmed.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Robert Niedzielski.....tel. kontaktowy...22 870 27 52. mail: billmed@billmed.pl....

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

Biuro Handlowe.....tel. kontaktowy...22 870 27 52... mail, : zamowienia@billmed.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-332-26PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

7

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Optimed Pro-Office A.P. Szewczyk Spółka Jawna**Siedziba: **ul. Forteczna 5 32-086 Węgrzce** Województwo **Małopolskie**Adres poczty elektronicznej: optimed@optimedpro-office.eu , przetargi@optimedpro-office.euStrona internetowa: **optimedpro-office.eu**Numer telefonu: **0 (12) 417 30 70** tel. kom.*Numer faksu: **0 (12) 411 44 44**Numer REGON: **389848997**Numer NIP: **5130254345**Nr rachunku rozliczeniowego **Bank PKO BP SA w Krakowie 51 1020 2906 0000 1802 0476 0221**Godziny urzędowania **8-16**

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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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	2 750,00	220,00	8	2 970,00

/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: **nr faksu 12 411 44 44**, optimed@optimedpro-office.eu**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Anna Szewczyk tel. Kontaktowy **12 417 30 70** mail: optimed@optimedpro-office.eu

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

Anna Szewczyk tel. Kontaktowy **12 417 30 70** mail: optimed@optimedpro-office.eu**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

Stanowisko

SZP-332-26PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



Signed by /
Podpisano przez:
Katarzyna Ciborska

Date / Data: 2022-
04-05 12:23

8

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: BOSTON SCIENTIFIC POLSKA SPÓŁKA Z O.O.

Siedziba: AL. JANA PAWŁA II 22, 00-133 WARSZAWA

Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: poland-tenders@bsci.com

Strona internetowa: www.bostonscientific.com

Numer telefonu: 0 (22) 435 14 37 tel. kom. 609 36 22 77*

Numer faksu: 0 (22) 241 88 00

Numer REGON: 012401907

Numer NIP: 5262110301

Nr rachunku rozliczeniowego 42 1880 0009 0000 0011 0243 2000

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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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	26 950,00 zł	2 156,00 zł	8%	29 106,00 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 22 397 04 34, CustomerService.Poland@bsci.com

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

KATARZYNA CIBORSKA tel. Kontaktowy 22 435 14 37, 609 36 22 77 mail: poland-tenders@bsci.com

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

Julia Wiktorowicz tel. Kontaktowy 721 225 600, 22 435 14 32 mail, : customerservice.poland@bsci.com

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-332-26PN-2022

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

9

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **ARTERIA GROUP** ~~Niedzielska-Łuszczyński Spółka jawna~~

Siedziba: 91-849 Łódź, ul. Okopowa 109/56 Województwo: łódzkie

Adres poczty elektronicznej: przetarg@arteriagroup.pl

Strona internetowa: ---

Numer telefonu: 42 255 57 67

Numer faksu: 42 255 57 68

Numer REGON: 388014234

Numer NIP: 7262684115

Nr rachunku rozliczeniowego: 04124044161111001104422651 Bank Pekao

Godziny urzędowania: 7:30 – 15:30

~~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 **Sprzęt jednorazowy do wykonywania badań i zabiegów naczyniowych -angiografia** : - nr sprawy: SZP-332-26PN-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
10	59.530,00	4.762,40	8%	64.292,40

/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 42 255 57 68 adres: 91-849 Łódź, ul. Okopowa 109/56

mail: biuro@arteriagroup.pl**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

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

Małgorzata Bondaruk tel. kontaktowy 42 255 57 67 mail: przetarg@arteriagroup.pl

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

Małgorzata Bondaruk tel. kontaktowy 42 255 57 67 mail, : biuro@arteriagroup.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