

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

Nazwa: YPSOMED POLSKA Sp. z o.o.

Siedziba: 00-728 Warszawa, ul. Dziekońskiego 1 Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@ypsomed.pl; tender.consulting2021@gmail.comStrona internetowa: www.ypsomed.pl

Numer telefonu: 0 (22) 290 76 67 tel. kom. 733 404 655

Numer faksu: 0 (22) 290 76 67

Numer REGON: 368235637

Numer NIP: 5252722066

Nr rachunku rozliczeniowego 35 1140 1010 0000 4386 9300 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-332-30PN-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				
2				
3	160 000,00	12 800,00	8%	172 800,00

/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 22 290 76 67, 00-728 Warszawa, ul. Dziekońskiego 1

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Grażyna Bartkowiak tel. Kontaktowy 733 404 655 mail: tender.consulting2021@gmail.com

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

Rafał Walas tel. Kontaktowy 22 290 76 67 mail: Rafal.Walas@ypsomed.comEwa Chlebicka tel. Kontaktowy 22 290 76 67 mail: Ewa.Chlebicka@ypsomed.com**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię

Stanowisko

SZP-332-30PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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 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-332-30PN-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	294.000,00 zł	23.520,00 zł	8%	317.520,00 zł
2	248.000,00 zł	19.840,00 zł	8%	267.840,00 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, 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 50** 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 zawarcia umowy