

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

Nazwa: PIEKARNIA TYROLSKA SP.Z O.O.

Siedziba: BARCZEWO 11-010, ul. Wojska Polskiego 31 Województwo WARMIŃSKO - MAZURSKIE

Adres poczty elektronicznej: piekarnia@tyrolska.pl , sklep@tyrolska.plStrona internetowa: www.tyrolska.pl

Numer telefonu: tel. kom. 601 682 001

Numer faksu: _____

Numer REGON: 360496108

Numer NIP: 7393871941

Nr rachunku rozliczeniowego 55 1130 1189 0025 0152 3420 0001

Godziny urzędowania 8-11

Jestem: średnim - 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-332-41PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	89 107,00zł	0,00 zł	0%	89 107,00zł
2	-	-	-	-

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2a 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 sklep@tyrolska.pl piekarnia@tyrolska.pl lub ul. Wojska Polskiego 31, 11-010 Barczewo**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Jarosław Goszczycki, Anna Gorczyńska tel. kontaktowy 601 682 001 mail: piekarnia@tyrolska.pl sklep@tyrolska.pl▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Mirosława Filipek tel. kontaktowy 600 456 922 mail, : piekarniatyrolska@wp.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-332-41PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Cymer Tomasz Ołów Sp. K
Siedziba: w Olsztynie Województwo Warmińskie - Mazurskie
Adres poczty elektronicznej: olsztyn@cymerpiekarnia.pl
Strona internetowa: www.cymerpiekarnia.pl
Numer telefonu: 0 (89) 513 20 36 tel. kom. 504 62 66 92
Numer faksu: 0 ()
Numer REGON: 520 849 490
Numer NIP: 739 396 26 78
Nr rachunku rozliczeniowego PL 95 16 00 14 62 18 04 40 98 2000 0001
Godziny urzędowania 7:00 - 15:00

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-332-41PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	720 72,50	0	0	720 72,50
2	—	—	—	—

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2a 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 ul. Budogajska 35 10-263 Olsztyn
tel. 89 513 20 36

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Marek Dębowski tel. 509 62 66 92 tel. kontaktowy ← mail: olsztyn@cymerpiekarnia.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
SZP-332-41PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Ołów

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

Nazwa: Piekarnia Tomasz Sięda

Siedziba: ul. Żytnia 6A, 10-823 Olsztyn Województwo warmińsko-mazurskie

Adres poczty elektronicznej: tomasz.sieda2wp.pl

Strona internetowa: brak

Numer telefonu: 0 (..) tel. kom. 502-266-601

Numer faksu: 0 (....)

Numer REGON: 511033691

Numer NIP: 739-303-54-98

Nr rachunku rozliczeniowego 39114020040000360244466624

Godziny urzędowania

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-332-41PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	64255,00	brak	0%	64255,00
2				

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2a 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 ul. Żytnia 6a, 10-823 Olsztyn

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Tomasz Sięda tel. Kontaktowy 502-266-601 mail: tomasz.sieda@wp.pl

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

Tomasz Sięda tel. Kontaktowy 502-266-601 mail: tomasz.sieda@wp.pl

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

Nazwisko, imię nie dotyczy

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

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

Nazwa: PPHU 'Biliński ' Waldemar Biliński
 Siedziba: ul. Towarowa 14/45..... Województwo warmińsko-mazurskie
 Adres poczty elektronicznej: warmińsko-mazurskie
 Strona internetowa:
 Numer telefonu: 895320122 tel. kom. 603038261
 Numer faksu: 0895320122
 Numer REGON: 510862043..
 Numer NIP: ..7761294444
 Nr rachunku rozliczeniowego .4511602202000000080047110.
 Godziny urzędowania ..3,00- 11,00..

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-332-41PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1				
2	36850	0	0	36850,00

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2a i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/

4. Oświadczam, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymagany 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 .6030380251 waldemarbil8@wp.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Waldemar Biliński Tel 603038251 waldemarbil8@wp.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
. Waldemar Biliński Tel 603038251 waldemarbil8@wp.pl

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

Nazwisko, imię
 Stanowisko
 Telefon..... Fax.....

SZP-332-41PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie