

Załącznik Nr 1
FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy
 Nazwa: POLYPHARM S.A.
 Siedziba: WARSZAWA, UL. BARSKA 33 Województwo MAZOWIECKIE
 Adres poczty elektronicznej: farmacja@polypharm.com.pl
 Strona internetowa: www.polypharm.pl
 Numer telefonu: 22726-50-40, 41 tel. kom.*
 Numer faksu: 22726-50-64
 Numer REGON: 012601084
 Numer NIP: 5220103650
 Nr rachunku rozliczeniowego 13 1240 1024 1111 0000 0268 1559
 Godziny urzędowania 8-16

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności w mikro / małym / średnim / dużym - przedsiębiorstwie (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 Szczepionki przeciw grypie i inne produkty lecznicze, Nr sprawy: SZP-332-50PN-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 zł.	Cena brutto zł
1	47 772,00	3 821,76	8%	51 593,76

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 farmacia@polypharm.com.pl, fax 22726-50-64

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym
 Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty:
 Aneta Wilczyńska tel. Kontaktowy 22726-50-40, 41 mail: aneta.wilczynska@polypharm.com.pl

6. Przedmiotem w przedmiocie składania oferty wspólnej - skreślić jeśli nie dotyczy
 Szwedzkie - nię
 Telefon
 Faks
 Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

SZP-332-50PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

7. Oświadczenie dotyczące postępowień specyfikacji warunków zamówienia.
 7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc / nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy / nie posiadamy niezbędnych informacji do przygotowania oferty.
 7.2. Oświadczamy, że uważamy / nie uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazywany w specyfikacji warunków zamówienia.
 7.3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 7.4. Oświadczamy, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu
 7.5 Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty **nie**** będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (Jeśli dotyczy należy podać nr zadania i pozycje w zadaniu)
 7.6 Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8. Dokumenty Informujemy, że:
 ► dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy): KRS
 dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej): <https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/>
 ► dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy):

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania):

9. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam **nw. dokumenty i oświadczenia:**

- Załącznik nr 2 opis przedmiotu zamówienia.
- Załącznik nr 3 Oświadczenie wykonawcy
- Decyzja GIF

10. Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:
 - nie dotyczy

11. Inne informacje wykonawcy:

.....

12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

13. Wykonam zamówienie ~~z udziałem~~ / bez udziału* n.w podwykonawców.
 Nazwa i adres podwykonawcy oraz zakres zamówienia powierzony podwykonawcy (jeśli dotyczy):

Signed by /
 Podpisano przez:
 Monika Alicja
 Małachowska
 Date / Data: 2022-
 07-21 13:40



Imiona i nazwiska osób
 uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do
 reprezentowania wykonawcy

miejscowość i data Warszawa, dnia 21.07.2022r.

* niepotrzebne skreślić, wpisać nr zadania, dotyczy lub nie dotyczy - odpowiednio ip.

Jeżeli Oświadczenie ww jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy będzie prowadził do powstania obowiązków podatkowych) wówczas ono powinno zawierać:

- potwierdzenie, iż wybór Twojej oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
- wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (wskazując jednocześnie nazwę, która znajdzie się później na fakturze).
- wskazanie wartości tego towaru lub usług bez kwoty podatku

SZP-332-50PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1
FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: NEUCA S.A.

Siedziba: ul. Forteczna 35-37 87-100 Toruń Województwo kujawsko-pomorskie

Adres poczty elektronicznej: aleksandra.lazar@neuca.pl

Strona internetowa: www.neuca.pl

Numer telefonu: tel. kom. 789 803 634

Numer faksu: 32 733 97 77

Numer REGON: 870227804

Numer NIP: 879-00-17-162

Nr rachunku rozliczeniowego 76 1050 1416 1000 0023 4335 4886

Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności - 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. Zohlińska 18a, 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-84-843 Regon 000295560

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Sześciopionki przeciw grypie i inne produkty lecznicze, Nr sprawy: SZP-332-50PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto w zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT w %	Cena brutto w zł.
2	12452,66	967,41	8%	13420,07

Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli 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 faks: 32 733 97 33 e-mail: szpital@neuca.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Aleksandra Lazar tel. kontaktowy 789 803 634 mail: aleksandra.lazar@neuca.pl
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Dział Szpitalny tel. kontaktowy 32 784 54 44 mail. : szpital@neuca.pl

6. Pełnomocnik w przypadku składania ofert wspólnie* / skreślić jeśli nie dotyczy

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon

Faks

Zakres do reprezentowania w postępowaniu - do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy - do zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy(i) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uważamy(i) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.

7.3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7.4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu

7.5 Oświadczam/y, że wybór mojej/naszej oferty **nie**** będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (jeśli dotyczy należy podać nr zadania i pozycje w zadaniu)

7.6 Oświadczam, że wypełnieniem obowiązki informacyjnej przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8. Dokumenty Informujemy, że:

- dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy)
- dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy)
- dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy)

9. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam n.w. dokumenty i oświadczenia:

- STRONA TYTUŁOWA,
- Formularz cenowy
- Zał. nr 3
- Zezwolenie Toruń 03.2020
- Toruń kontrolowane i licencja 03.2021
- Pełnomocnictwo P. Lisowska
- KLAUZULA INFORMACYJNA NEUCA S.A.
- Wniosek NEUCA

10. Zastrzeżenie wykonawcy
Nижче-випричилені документи-складаються-ся-на-оферту-і-не-можуть-бути-оголошені-або-удостоверені-:

Інші-інформації-виконавця

12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami stron.

13. Wykonam zamówienie z udziałem bez udziału* n. w podwykonawców .
Nazwa i adres podwykonawcy oraz zakres zamówienia powierzonego podwykonawcy (jeśli dotyczy)

Paulina Lisowska – pełnomocnik
Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Katowice, 24.07.2022 r.

* niepotrzebne skreślić, wpisać nr zadania, dotyczy lub nie dotyczy - odpowiednio itp.
Jeżeli Oświadczenie **w jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy **będzie** **prowadził** **obowiązku** **podatkowego**) wówczas ono powinno zawierać:

- potwierdzenie, iż wybór Twojej oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,
- wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (wskazując jednocześnie nazwę, która znajdzie się później na fakturze),
- wskazanie wartości tego towaru lub usług bez kwoty podatku

Podpis jest prawidłowy
Dokument podpisany przez Paulina Lisowska
Data: 2022.07.24 06:18:34 CEST

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Siedziba: 40-273 Katowice, ul. Pułaskiego 9 Województwo śląskie

Adres poczty elektronicznej: przejarcki@salusint.com.plStrona internetowa: www.salusint.com.pl

Numer telefonu: (32) 788 55 82 tel. kom.

Numer faksu: (32) 788 55 93 lub 94

Numer REGON: 271059470

Numer NIP: 6340125442

Nr rachunku rozliczeniowego PL 97 1140 1078 0000 4069 1300 1002

Godziny urzędowania 8:00 – 16:30

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie prowadząca działalności mikro, małym i średnim i 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

Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Szczepionki przeciw grypie i inne produkty lecznicze, Nr sprawy: SZP-332-50PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto w zł.	Podatek VAT	Stawka VAT zł.	Cena brutto zł
1	47.628,00	3.810,24	8%	51.438,24
2	12.091,72	932,73	0%, 8%	13.024,45

Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zat. 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

Faks (32) 788 57 64

Tel. (32) 788 56 78 lub 79

SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o., 40-273 Katowice, ul. Pułaskiego 9

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Anna Dawidowicz, tel. kontaktowy (32) 788 55 82, mail: przejarcki@salusint.com.pl

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

Anna Będkowska, tel. kontaktowy (32) 788 55 48, mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnie - skreślić, jeśli nie dotyczy

Nazwisko - imię

Stanowisko

SZP-332-50PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

Telefon

Fax

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

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc / nie wnosząc żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy / nie posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uważamy / się za związanych z ofertą przez czas wskazywany w specyfikacji warunków zamówienia.

7.3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej / naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7.4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu

7.5. Oświadczamy, że wybór mojej / naszej oferty **nie** / będzie prowadził do powstania i zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (jeśli dotyczy należy podać nr zadania i pozycje w zadaniu)

7.6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8. Dokumenty Informujemy, że :

► dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : KRS

dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : <https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/>

► dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej – ID 105716 oraz ID 105727

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : <https://refestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/hil/search/public>

9. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam **nr. dokumenty i oświadczenia**:

....., itd.

10. Zastrzeżenie wykonawcy

Nижel wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione*:

.....

.....

.....

12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

13. Wykonam zamówienie z udziałem / bez udziału* n.w. podwykonawców.

Nazwa i adres podwykonawcy oraz zakres zamówienia powierzonego podwykonawcy (jeśli dotyczy):

Anna Dawidowicz – na podstawie pełnomocnictwa
 imienia i nazwiska osób
 uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelnie podpiszę osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejscowość i data Katowice, dn. 22.07.2022 r.

* niepotrzebne skreślić, wpisać nr zadania, dotyczy lub nie dotyczy - odpowiednio itp.

Jeżeli Oświadczenie ww jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy **będzie prowadził obowiązek podatkowego) wówczas ono powinno zawierać:

- potwierdzenie, iż wybór Twojej oferty będzie prowadził do powstania i zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

- wskazanie nazwy (rodzaju) towaru / usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (wskazując jednocześnie nazwę, która znajdzie się później na fakturze),

- wskazanie wartości tego towaru / usługi bez kwoty podatku

SZP-332-50PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: URTICA Sp.zo.o.
 Siedziba: ul. Krzemieniecka 120 Województwo dolnośląskie
 Adres poczty elektronicznej: przetargi@urtica.pl
 Strona internetowa: www.urtica.pl
 Numer telefonu: 71 782 66 01 tel. kom:
 Numer faksu: 71 782 66 43
 Numer REGON: 932061801
 Numer NIP: 894-25-56-799
 Nr rachunku rozliczeniowego 4917501064000000001065114 Raiffeisen Bank Polska S.A.
 Godziny urzędowania: 8:1010 – 16:00

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ ~~nie prowadząca działalność~~ / ~~mikro~~ / ~~małym~~ / ~~średnim~~ / ~~dużym~~ - przedsiębiorstwem (skreślić właściwe)

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie
 Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn
 NIP 739-29-54-943 Regon 000295680

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Szczepionki przeciw grypie i inne produkty lecznicze, Nr sprawy: SZP-332-50PN-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 zł	Cena brutto zł
2	11 786,76 zł	926,14 zł	8% - 926,14 zł	12 712,90 zł

Awpisać 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 zatwierdzone w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres reklamacje@urtica.pl / 42 200 7941

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
 Barbara Najder tel. kontaktowy 71 782 66 81 mail: przetargi@urtica.pl
 Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
 Michalek Beata 422008166 42 200 77 84 mail: sprzedaz@urtica.pl

6. Pełnomocnik w sprawie składania oferty wspólnej - skreślić jeśli nie dotyczy

Nazwisko - Imię
 Stanowisko
 Telefon
 Fax

SZP-332-50PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

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

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc/nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy/nie posiadamy) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
 7.2. Oświadczamy, że uważamy(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
 7.3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 7.4. Oświadczamy, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu
 7.5 Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (jeśli dotyczy należy podać nr zadania i pozycje w zadaniu)
 7.6 Oświadczamy, że wypełnim obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8. Dokumenty

Informujemy, że:

➤ dokumenty oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy)

➤ dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej)

➤ dokumenty oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy)

➤ dostępne są w dokumentacji przetworzonej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania)

9. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam n.w. dokumenty i oświadczenia:

Oferta cenowa

Pełnomocnictwo

Dokumenty Wykonawcy

Oświadczenie Wykonawcy

Dodatkowe informacje

10. Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione*.

11. Inne informacje wykonawcy:

12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

13. Wykonam zamówienie z udziałem / bez udziału* n.w. podwykonawców.
 Nazwa i adres podwykonawcy oraz zakres zamówienia powierzony podwykonawcy (jeśli dotyczy):

Barbara Najder

Imiona i nazwiska osób
 uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czynne podpisy osób uprawnionych do
 reprezentowania wykonawcy

Wrocław, 27.07.2022 r.

SZP-332-50PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2