

Załącznik Nr 1
FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.
Siedziba: 40-273 Katowice, ul. Generała Kazimierza Pułaskiego 9 Województwo śląskie
Adres poczty elektronicznej: przelaraj@salusintl.com.pl

Strona internetowa: www.salusintl.com.pl

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

Numer faksu: (32) 788 55 93 lub 94

Numer NIP: 6340125442

Nr rachunku rozliczeniowego PL 97 1140 1078 0000 4069 1300 1002

Godziny urzędowania 8:00 - 16:30

Region: 271059470

Region: 000295580

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca

działalności w mikro- / małym / średnim / dużym firmym - przedsiębiorstwem (skreślić

niewłaściwie)

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

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym: **Wyroby laboratoryjne, implanty artroskopowe, implanty do leczenia kraniostenozji, środki kontrastowe i inne.** nr sprawy: SZP-332-62PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
3	36 032,50 zł	2 882,60 zł	8%	38 915,10 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 w wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres reklamacje@salusintl.com.pl

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: przelaraj@salusintl.com.pl

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Beata Orzeł, tel. kontaktowy (32) 788 55 97, mail: zamowienia.szpitalny@salusintl.com.pl

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon

Fax

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

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

7. Oświadczanie dotyczące postanowienia specyfikacji warunków zamówienia.
7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc / nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy (y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
7.2. Oświadczamy, że uważamy (y) 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 podlegamy 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 zezwolenia i pozycje w zezwoleniu)

7.6. Oświadczamy, 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 0000143136

dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : <https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/sitrona-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 n.w. dokumenty i oświadczenia:

Formularz asortymentowo-cenowy (OPZ), oświadczenie dot. przesłaniek wykluczenia, pełnomocnictwo

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 zamierzonego powierzenia podwykonawcy (jeśli dotyczy) :

(brak wpisu oznacza brak udziału podwykonawców)

Karolina Kozłowska

Imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Podpis jest prawdziwy

Dokument podpisany przez Karolina Kozłowska

Data: 2022.09.23 11:52:39 EST

Czytelne podpisy osób uprawnionych do

reprezentowania wykonawcy

miejsowość i data: Katowice, dn. 23.09.2022 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 do 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

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

Załącznik Nr 1
FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Urtica Sp. z o.o.
Siedziba: 54-613 Wrocław, ul. Krzemieniecka 120 Województwo dolnośląskie
Adres poczty elektronicznej: przetargi@urtica.pl
Strona internetowa: www.urtica.pl
Numer telefonu: 0 (71) 7826644 tel. kom. ---*
Numer faksu: 0 (71) 7826643
Numer REGON: 932081801
Numer NIP: 894-25-55-789
Nr rachunku rozliczeniowego 4917501064000000001065114 Raiffeisen Bank Polska S.A.
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. Zohierska 16a, 10-561 Olsztyn
NIP 739-29-54-843 Regon 0002935580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując o ogłoszenia o zamówieniu publicznym: **Wyroby laboratoryjne, implanty artroskopowe, implanty do leczenia kraniostenozji, środki kontrastowe i inne.** - nr sprawy: SZP-332-62PN-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 %	Cena brutto w zł
3	37 275,00 zł	2 982,00 zł	8%	40 257,00 zł

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypchnięty 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 w wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres reklamacje@urtica.pl / 42 200 7947

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Joanna Bumbul tel. kontaktowy 71 7826684 mail: przetargi@urtica.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Michalek Beata tel. 42 200 80 20 lub infolinia 0800 166 042 mail: szpzedaz@urtica.pl

6. Reklamowanie w przypadku składowania oferty wspólnie - skreślić jeśli nie dotyczy

Nazwisko, imię
Stanowisko
Telefon
Zakres: do reprezentowania w postępowaniu - do reprezentowania w postępowaniu - w postępowaniu - zawarcia umowy - do

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy **Podpis jest prawidłowy**

Dokument podpisany przez Joannę Bumbul
Data: 2022.09.24 14:10:13 CEST

zawarcia umowy

- 7. Oświadczanie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.
7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy(ny) 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 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) :
- ▶ 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:

Oferta cenowa

Pełnomocnictwo

Dokumenty Wykonawcy: wypis z KRS, Zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej.

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) ----- (brak wpisu oznacza brak udziału podwykonawców)

Joanna Bumbul

Imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do

reprezentowania wykonawcy

miejscowość i data Wrocław, 23.09.2022 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 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).

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Medlab Products Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Gałczyńskiego 8, 05-090 Raszyn Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: mip.biuro@medlab-products.com.pl

Strona internetowa: www.medlab-products.com.pl

Numer telefonu: 0 (22) 720 35 12 tel. kom.

Numer faksu: 0 (22) 846 29 26

Numer REGON: 006216920

Numer NIP: 522-000-30-55

Nr rachunku rozliczeniowego 05 1140 1010 0000 5024 4200 1001

Godziny urzędowania 8.00-16.00

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: **Wyroby laboratoryjne, implanty artroskopowe, implanty do leczenia kraniostenozji, środki kontrastowe i inne.** - nr sprawy: SZP-332-62PN-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	4 640,00	371,20	8%	5 011,20
2	46 210,00	5 181,80	8% i 23% (poz. 10)	51 391,80
3 itd.				

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 22 846 29 26 mip.biuro@medlab-products.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Aleksandra Sobiecka tel. Kontaktowy 606 396 767 mail: sobiecka.a-hko@medlab-products.com.pl
► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Dorota Szukajł tel. Kontaktowy 22 720 35 04 mail: mip.biuro@medlab-products.com.pl

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

Aktualnie - imię
Stanowisko
Telefon
Faks

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

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotycząca postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc nie wnosiśmy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy (y) 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 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/strome-glozna/>

- 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 n.w. dokumenty i oświadczenia: Załącznik nr 2, Oświadczenie wg. Zał. nr 3, Pełnomocnictwo, Próbki

10. Zastrzeżenia 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) (brak wpisu oznacza brak udziału podwykonawców)

Aleksandra Sobiecka

Podpis jest prawdziwy

Dokument podpisany przez Aleksandra Sobiecka

Data: 2022.09.23 12:59:05 CEST

miejscowość i data Raszyn, 23/09/2022

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

* 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 podatkowy**) 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 znajduje się później na fakturze),
- wskazanie wartości tego towaru lub usługi bez kwoty podatku

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Gebrüder Martin GmbH & Co. KG

Siedziba: KLS Martin Platz 1, 78532 Tuttlingen, Niemcy
Województwo Badenia-Wirtembergia

Adres poczty elektronicznej: pawel.konlich@klsmartin.com

Strona internetowa: www.klsmartin.com

Numer telefonu: +49 7461 706248 tel. kom. +48 505 782 058

Numer faksu: +48 71 723 46 75

Numer REGON: HRA450196

Numer NIP: DE 142930777

Nr rachunku rozliczeniowego: Deutsche Bank Tuttlingen, IBAN DE 25 6537 0075 0218 4000 00,
BIC DEUT DE 33 653

Godziny urzędowania: poniedziałek - piątek, 08:00 – 17:00

Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie prowadząca działalności w mikro- i małym i średnim i 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: **Wyroby laboratoryjne, implanty artroskopowe, implanty do leczenia kraniostenozji, środki kontrastowe i inne** - nr sprawy: SZP-332-62PN-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
7	142.160,00 zł	0,00 zł*	0%*	142.160,00 zł*

*Jako firma zarejestrowana i działająca w Niemczech, przy podawaniu stawki VAT za zaoferowane produkty i wykładającej z niej wartości podatku VAT oraz wartości brutto kierowaliśmy się Ustawą o podatku od towarów i usług, która mówi, że "dotyczy wewnątrzwspólnotowa towarów i usług podlega opodatkowaniu według stawki VAT 0%, co w przypadku wyboru naszej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatku VAT".

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

4. Oświadczamy, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymagany w SWZ okresie.
4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym w wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres +48 71 723 46 75, KLS Martin Platz 1, 78532 Tuttlingen, Niemcy

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty:
Paweł Konlich tel. kontaktowy +48 505 782 058, mail: pawel.konlich@klsmartin.com
Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Paweł Konlich tel. kontaktowy +48 505 782 058, mail: pawel.konlich@klsmartin.com

6. Reklamujemy w przypadku składania oferty wspólnej* - skreślić jeśli nie dotyczy

Nazwiska i imię
Stanowisko
Telefon
Fax
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 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 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 u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (jeśli dotyczy należy podać nr zadania i pozycje w zadaniu) Wszystkie pozycje w zakresie zadania nr 7.
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): nie dotyczy
dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej): nie dotyczy
▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy): nie dotyczy
dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania): nie dotyczy

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

- Załącznik nr 2
- Oświadczenie o podatku VAT
- Załącznik nr 3 Oświadczenie Wykonawcy
- Oświadczenie o wymaganych dokumentach
- Pełnomocnictwo
- Informacja Sądu Rejonowego w Stuttgartu / z tłumaczeniem
- Certyfikat wraz z tłumaczeniem
- Katalog

10. Zastrzeżenia wykonawcy

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

11. Inne informacje wykonawcy:

Nie dotyczy

12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 52 strony.

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

Nazwa i adres podwykonawcy oraz zakres zamówienia powierzony podwykonawcy (jeśli dotyczy)

Robert Pierz

Regional Sales Director

Intona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Załącznik Nr 1
FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Łżecka 24, 02-135 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przejalari.mdd@lis.ini.com

Strona internetowa: <https://www.depuyvynthes.com/>

Numer telefonu: 0 (22) 237-80-00 tel.kom. →

Numer faksu: 0 (22) 237-36-40

Numer REGON: 006934330

Numer NIP: 113-00-20-467

Nr rachunku rozliczeniowego 72103015080000000500024364

Godziny urzędowania 8 - 16

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. Żobnierska 18a, 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym: **Wyroby laboratoryjne, implanty artroskopowe, implanty do leczenia kraniostenozji, środki kontrastowe i inne** - nr sprawy: SZP-332-62PN-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
4	23 520,00	1 881,60	8%	25 401,60
5	2 000,00	160,00	8%	2 160,00

Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zat. nr 2 i dotychczas wypelniony 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 tel. 22 237 86 60 fax: 22 237-83-33 Dział Obsługi Klienta, ul. Łżecka 24, 02-235 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Karolina Markiewicz tel. Kontaktowy 22 237-80 00; 784-980-229 mail: przejalari.mdd@lis.ini.com
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Dział Obsługi Klienta tel. Kontaktowy 22 237 86 60 mail: csorto@lis.ini.com

6. Pełnoprawnik w przypadku składania oferty wspólnej - 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 wniesiemy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- 7.2. Oświadczamy, że uważamy (y) 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. Oświadczamy, 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):
- 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:

- OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Zał. nr 2
- PEŁNOMOCTWO
- OŚWIADCZENIE WYKONAWCY – Zał. Nr 3

10. Zastrzeżenia 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):

..... (brak wpisu oznacza brak udziału podwykonawców)

Agnieszka Bądziąg

Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zygzak podpisany przez osoby uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

..... miejscowość i data Warszawa, 23/09/22

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

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

SZP-332-62PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie