

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Walmed Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Plaków Leśnych 73, 05-500 Jastrzębie, Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@walmed.pl](mailto:przetargi@walmed.pl)

Strona internetowa: [www.walmed.pl](http://www.walmed.pl)

Numer telefonu: 0 (22) 750-43-04, tel. kom. ....

Numer faksu: 0 (22) 211-19-10.

Numer REGON: .017317181..

Numer NIP: 951-20-23-210.

Nr rachunku rozliczeniowego: 28 1090 2851 0000 0001 4752 9041

Godziny urzędowania 8.00- 16.30

**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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
13	27 750,00 (6 szt.)	2 220,00	8%	29 970,00
itd				

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 22/211-19-10, [biuro@walmed.pl](mailto:biuro@walmed.pl).

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Katarzyna Nagodzińska tel. Kontaktowy 22/750-43-04 mail: [przetargi@walmed.pl](mailto:przetargi@walmed.pl)
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Karol Madejski tel. Kontaktowy 604 979 333 mail: [k.madejski@walmed.pl](mailto:k.madejski@walmed.pl)

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty w formie elektronicznej**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon .....

Fax .....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu, do reprezentowania w postępowaniu i zawierania umów;

do zawierania umów;

**7. Oświadczenie dotyczący sposobu postępowania w postępowaniu**

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędną informację do przygotowania oferty.
- 7.2. Oświadczamy, że uwazałem(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
- 7.3. Oświadczamy, że załączony 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)

- 1.6 Oświadczam, że wypełnięm 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.
- 1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

Informujemy, że :

- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : KRS
- dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : [www.ems.gov.pl](http://www.ems.gov.pl)

- ▶ 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: formularz asortymentowo – cenowy, oświadczenia wymagane w SWZ .itd.

**10. Zastrzeżenie wykonawcy**

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

**11. Inne informacje wykonawcy:**

.....nie dotyczy.....

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

## 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Viridian Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Morgowa 4, 04-224 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: [info@viridian.com.pl](mailto:info@viridian.com.pl)Strona internetowa: [www.viridian.com.pl](http://www.viridian.com.pl)

Numer telefonu: 0 (22) 844-30-30 tel. kom. .... \*

Numer faksu: 0 (22) 844-29-62

Numer REGON: 014823618

Numer NIP: 521-29-83-807

Nr rachunku rozliczeniowego 35 1050 1041 1000 0022 1547 0416

Godziny urzędowania 8:00-16:00

Jestem: ~~osoba fizyczna - prowi. dziać. z os. - posiad. i rez. - nie przeważa~~  
~~działal. os. / mikro- / małym / średnim / dużym / innym - przedsięb. / innym (skreślić)~~  
~~niepełn. / we~~

## 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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
8	356 800,00	28 544,00	8%	385 344,00
9	84 000,00	6 720,00	8%	90 720,00

Napisz kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabeli zał. nr 2 i dołączyc 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

Główny specjalista ds. obsługi posprzedażowej Fax 22 844-29-62 ul. Morgowa 4, 04-224 Warszawa

## 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Specjalista ds. Przetargów tel. kontaktowy 22 844-30-30 mail: [annamaria@viridian.com.pl](mailto:annamaria@viridian.com.pl)

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

Starys Menedżer Regionu - Region Północno- Wschodni tel. kontaktowy 844-30-30 mail

[m.sobisnki@viridian.com.pl](mailto:m.sobisnki@viridian.com.pl)6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* - ~~skreślić jeśli nie dotyczy~~

Imię i nazwisko: .....

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 / nie posiadamy niezbędnej informacji do

przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uważamy / nie uważamy (y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji

istotnych 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)

1.6. Oświadczam, że wypełnięm 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.

1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1

ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie

przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa

narodowego (Dz. U. poz. 835).

## 8. Dokumenty

Informujemy, że :

► dokumenty, oświadczenia ( wymienił jakie jeśli dotyczy ) : aktualny KRS

dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) :

<https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna>

► dokumenty, oświadczenia ( wymienił jakie jeśli dotyczy ) : .....

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr

(podać numer postępowania) : .....





5 finansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: GE Medical Systems Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Woboska 9, 02-583 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: [sekreタリアrnat.warszawa@ge.com](mailto:sekreタリアrnat.warszawa@ge.com)

Strona internetowa: <https://www.gehealthcare.pl/>

Numer telefonu: 0 (22) 330 83 00 tel. kom. 660 506 124\*

Numer faksu: 0 (22) 330 85 83

Numer REGON: 010478403

Numer NIP: 522-00-19-702

Nr rachunku rozliczeniowego 20 1030 1508 0000 0005 0429 3009

Godziny urzędowania 9,00-17,00

**Jestem: osoba fizyczna - prowadząca działalność / osoba fizyczna - przedsiębiorca wem. (skrócić działalność) / mały / średni / duży / inny - przedsiębiorstwo wem. (skrócić niezwłocznie)**

**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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
5	48 000,00 zł	3 840,00 zł	8 %	51 840,00 zł

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: faks: (22) 330 85 83, adres: GE Medical Systems Polska Sp. z o.o., ul. Woboska 9, 02-583 Warszawa.

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

4

- 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Karolina Zaborowska tel. kontaktowy 660 506 124 mail: [karolina.zaborowska@ge.com](mailto:karolina.zaborowska@ge.com)
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Agnieszka Zapędowska tel. kontaktowy 505 450 058 mail: [agnieszka.zapedowska@ge.com](mailto:agnieszka.zapedowska@ge.com)

6. **Reprezentant w sprawie składania ofert - wypełnić - skrócić jeśli nie dotyczy**

Nazwisko, imię: .....  
 Stanowisko: .....  
 Telefon: .....  
 Faks: .....  
 Zakres do reprezentowania w postępowaniu: do reprezentowania w postępowaniu i zawarciu 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 / nie posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

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

7.3. Oświadczamy, że załączono 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)

1.6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązek informacyjny przewidziany 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.

1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**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 przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : .....

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

- Opis przedmiotu zamówienia wg. zał. nr 2

- oświadczenie JEDZ

- oświadczenie dot. serwisu pogwarancyjnego wg. zał. nr 7

- dokumenty dopuszczające

- materiały informacyjne

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: **PRESTIGE – MED S.C. ANNA LEWANDOWSKA**  
**PRESTIGE – MED S.C. JAKUB MĄDRY**  
 Siedziba: **BORÓWNO 46A, 86-200 BORÓWNO**  
 Województwo: **KUJAWSKO - POMORSKIE**  
 Adres poczty elektronicznej: **przetargi@prestige-med.com**  
 Strona internetowa: **www.prestige-med.com**  
 Numer telefonu: **608 105 609**  
 Numer faksu: \_\_\_\_\_  
 Numer REGON: **384114849**  
 Numer NIP: **559-205-16-94**  
 Nr rachunku rozliczeniowego: **67 1020 5040 0000 6102 0212 8544 (PKO BP S.A.)**  
 Godziny urzędowania: **7.00 – 15.00**

**Jestem: es oba-fizyczna-p-owiadacza-dzi-kałnoś-gosp-łaracza-nie-j-owiadacza-dzi-kałnoś-ek-ur / mikro / i-natym-średni-mi-główny-lit-ym - przedsi-łbiorstwem (s-łreślić-niewiast-łwe)**

**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 p.n.: **Wypożyczenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19** Nr sprawy: **SZP-332-55PNU-2022**, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr. 20	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
Wózek transportowy – 4 szt.	45 000,00 zł	3 600,00 zł	8%	48 600,00 zł

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabeli zał. nr 2 i dolażyć 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: **PRESTIGE - MED S.C., BORÓWNO 46A, 86-200 BORÓWNO**, tel. 509 707 559, e-mail: **serwis@prestige-med.com**

5

- 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: **Magdalena Manikowska**, tel. kontaktowy **608 105 609**, mail: **przetargi@prestige-med.com**
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: **Magdalena Manikowska**, tel. kontaktowy **608 105 609**, mail: **przetargi@prestige-med.com**

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* (skreślić jeśli nie dotyczy)**

Nazwisko, imię: **Magdalena Manikowska**  
 Stanowisko: **Manager Sprzedaży**  
 Telefon **608 105 609** Fax: \_\_\_\_\_  
 Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawierania umowy; do zawierania 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 wskazany w specyfikacji istotnych 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)
- 1.6. 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.
- 1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**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 przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania): \_\_\_\_\_

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

- Formularz cenowo / opisowy – zał. nr 2 do SWZ
- Oświadczenie serwis pogwarancyjny – zał. nr 2 do SWZ
- Oświadczenie JEDZ – zał. nr 3 do SWZ
- Oświadczenie dot. grupy kapitałowej – zał. nr 5 do SWZ
- Oświadczenie o aktualności informacji – zał. nr 6 do SWZ
- Pełnomocnictwa

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

Nazwa: F.H.U. Euro-Medical Maciej Świada

Siedziba: ul. Fabryczna 19, 34-300 Żywiec

Województwo: śląskie

Adres poczty elektronicznej: [mateusz@euro-medical.pl](mailto:mateusz@euro-medical.pl)Strona internetowa: [www.euro-medical.pl](http://www.euro-medical.pl)

Numer telefonu: (33)444-60-70

Numer tel. kom.: 535-441-008

Numer faksu: (33)444-62-64

Numer REGON: 241295419

Numer NIP: 553-220-16-41

Nr rachunku rozliczeniowego: 17 1440 1390 0000 0000 1365 2694

Godziny urzędowania: od 7:30 do 15:30

~~Jestem: osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - ni~~ ~~proszę o podanie nr zezwolenia na wykonywanie działalności gospodarczej~~ ~~inny~~ ~~prze~~ ~~istotnych warunków zamówienia~~ ~~(określić niżej)~~**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 pn.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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)
20	39 796,00	3 183,68	8%	42 979,68

Awpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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/e-mail i adres: F.H.U. Euro-Medical Maciej Świada, ul. Fabryczna 19, 34-300 Żywiec

E-mail: [biuro@euro-medical.pl](mailto:biuro@euro-medical.pl)**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Mateusz Marszałek - tel. kontaktowy: 535-441-008; e-mail: [mateusz@euro-medical.pl](mailto:mateusz@euro-medical.pl)  
SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w OlsztynieOsoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Maciej Świada - tel. kontaktowy: 503-007-371; e-mail: [biuro@euro-medical.pl](mailto:biuro@euro-medical.pl)**6. Podmiotem w-przydadku-ekładania-oferty-wspólnej\*-faktycznie-jeżeli-nie-odnosi-się**

Nazwisko-imię: .....

Stanowisko: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Zakres-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 uwazamy(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

7.3. Oświadczamy, że załączony 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) - dotyczy pakietu nr 20.

1.6. 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.

1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**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 przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : .....

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

**10. Zastrzeżenie wykonawcy**

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

**11. Inne informacje wykonawcy:**

12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami .....stron.

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: **Sklep Medyczny Marta Kadzewicz**  
 Siedziba: 10-693 Olsztyn, ul. Popiełuski 15 Województwo Warmińsko-Mazurskie  
 Adres poczty elektronicznej: [przetargi@sklepmedyczny.com](mailto:przetargi@sklepmedyczny.com)  
 Strona internetowa: [www.sklepmedyczny.com](http://www.sklepmedyczny.com)  
 Numer telefonu: 0 (89) 6790525 tel. kom. 666407475\*  
 Numer faksu: 0 (...) .....  
 Numer REGON: 380677060  
 Numer NIP: 7571024167  
 Nr rachunku rozliczeniowego mBank S.A. 09 1140 2004 0000 3402 7781 4989  
 Godziny urzędowania 8.00 – 16.00

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność cc spodarcza - tj. prowadząca działalność mikro - małym - średnim i dużym - firm - 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 p.n.: Wyposażenie medyczne na wyposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
5	24 177,76	1 934,22	8%	26 111,98
10	17 653,72	1 412,30	8%	19 066,02
11	46 951,84	3 756,15	8%	50 707,99
21	8 528,46	682,28	8%	9 210,74

*Awpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 zaskiwane w terminie podanym we wzorze umowy.  
Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - e-mail: [przetargi@sklepmedyczny.com](mailto:przetargi@sklepmedyczny.com) i adres: Sklep Medyczny Marta Kadzewicz ul. Popiełuski 15, 10-693 Olsztyn

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

7

- 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Marta Kadzewicz tel. Kontaktowy: 666407475 mail: [przetargi@sklepmedyczny.com](mailto:przetargi@sklepmedyczny.com)
  - Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Marta Kadzewicz tel. Kontaktowy: 666407475 mail: [przetargi@sklepmedyczny.com](mailto:przetargi@sklepmedyczny.com)

**5. Reklamowanie w przypadku składeń oferty wypełniającej - 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 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 istotnych 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)

1.6 Oświadczam, że wypełnięm 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

Informujemy, że :  
 ► dokumenty, oświadczenia ( wymienił jakie jeśli dotyczy ) : ..... dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : .....

► dokumenty, oświadczenia ( wymienił 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 – formularz cenowy/opisowy
- Załącznik nr 3 JEDZ
- Załącznik 4 wzór umowy
- Załącznik 7 warunki serwisowe
- Karty katalogowe do zad. 5, 10, 11, 21
- CE/deklaracje zgodności

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: **DUTCHMED PL Sp. z o.o.**  
 Siedziba: **ul. Szajnochy 14, 85-738 BYDGOSZCZ**  
 Województwo: **Kujawsko-Pomorskie**  
 Adres poczty elektronicznej: **tomek@dutchmed.pl**  
 Strona internetowa: **www.dutchmed.pl**  
 Numer telefonu: **(52) 345-31-15**  
 Numer faksu: **(52) 345-31-15**  
 Numer REGON: **006937759**  
 Numer NIP: **554-023-08-29**  
 Nr rachunku rozliczeniowego: **4310301508000000801164005**  
 Godziny urzędowania: **7:00 – 15:00**  
 Jestem: **małym - przedsiębiorstwem**

### 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 p.n.: Wyposażenie medyczne na wyposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
2	180.555,00 zł	14.444,40 zł	8%	<b>194.999,40 zł</b>

*Napisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 (52) 345-31-15, DUTCHMED PL Sp. z o.o., ul. Szajnochy 14, 85-738 BYDGOSZCZ

#### 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Tomasz Stankiewicz tel. Kontaktowy (52) 346-31-15; mail: tomek@dutchmed.pl

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Karol Czajkowski (52) 345-31-15; mail: dutchmed@dutchmed.pl

### 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/posiadamy (y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.  
 7.2. Oświadczamy, że uważamy (y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.  
 7.3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunki 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)  
 1.6 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.  
 1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

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

- a) JEDZ – zał. nr 1
- b) Oświadczenia Oferenta – zał. nr 2
- c) Oświadczenie o grupie kapitałowej – zał. nr 3
- d) Oświadczenie o serwisie pogwarancyjnym – zał. nr 4
- e) Oświadczenie o aktualności informacji – zał. nr 5
- f) Opis przedmiotu zamówienia – zał. nr 6
- g) Folder – zał. nr 7
- h) Certyfikaty – zał. nr 8
- i) Informacja z KRS – zał. nr 9
- j) Informacja z KRS – zał. nr 10
- k) Pełnomocnictwo – zał. nr 11

### 13. Wykonam zamówienie bez udziału n.w. podwykonawców .

Dutchmed PL Sp. z o.o.  

 Tomasz Stankiewicz

### TOMASZ STANKIEWICZ

Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejscowość i data BYDGOSZCZ, 06.10.2022r.

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Informer Med. Sp. Z o.o.

Siedziba: ul. Włogrody 118; 61-626 Poznań Województwo Wielkopolskie

Adres poczty elektronicznej: [iankowska@informermed.eu](mailto:iankowska@informermed.eu)

Strona internetowa: [www.informermed.eu](http://www.informermed.eu)

Numer telefonu: 0 (61) 66 43 815 tel. kom. ....

Numer faksu: 0 (61) 66 43 819

Numer NIP: 639721294

Nr rachunku rozliczeniowego 779-20-99-241

Godziny urzędowania 24 1050 1520 1000 0023 2817 1018 ING Bank Śląski

8:00 – 16:00

**Jestem: osoba - fizyczna - brew. dz. - działalność gospod. - nie prowadząca działalności - mikro - i małym - i średnim - dużym - firmowym - przedsiębiorstwem (skreślić nielubiąc: lwe)**

**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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
Zadanie nr 18	110 000,00	8 800,00	8%	118 800,00
itd				

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z ofertowym 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

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 61 66 43 855; [scnwis@informermed.eu](mailto:scnwis@informermed.eu)

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Dominika Janowska tel. Kontaktowy 61 66 43 815 mail: [iankowska@informermed.eu](mailto:iankowska@informermed.eu)
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Natalia Kropidłowska tel. Kontaktowy 61 66 43 818 mail: [kropidlovska@informermed.eu](mailto:kropidlovska@informermed.eu)

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

Nazwisko, imię .....

Telefon .....

Stanowisko .....

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/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 wskazany w specyfikacji istotnych 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)

1.6 Oświadczam, że wypełnięm 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 835).

**8. Dokumenty**  
Informujemy, że :

► dokumenty, oświadczenia (wymienić, jakie jeśli dotyczy) : KRS 0000006799

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

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

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

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam nw. dokumenty i oświadczenia. itd.

- Załącznik nr 2 – OPZ

- Deklaracja CE

- Oświadczenie -- załącznik nr 7

- Oświadczenie -- załącznik nr 3

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

### FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

#### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Elecpol Sp. z o.o.  
 Siedziba: 61-614 Poznań, ul. Łużycka 34a Województwo wielkopolskie  
 Adres poczty elektronicznej: [biuro@elecpol.pl](mailto:biuro@elecpol.pl), [izabella.smigieliska@elecpol.pl](mailto:izabella.smigieliska@elecpol.pl)  
 Strona internetowa: [www.ek.ppl.pl](http://www.ek.ppl.pl)  
 Numer telefonu: 0 (61) 825-60-50 tel. kom. ....\*  
 Numer faksu: 0 (61) 825-61-52  
 Numer REGON: 004827950  
 Numer NIP: 781-00-42-583  
 Nr rachunku rozliczeniowego 79 1240 1750 1111 0000 1904 9311  
 Godziny urzędowania 8.00-16.00

Jestem: osoba - fizyczna - prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności jako mikro / mały / średni / duży / inny - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)

#### 2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
 Adres siedziby: ul. Żolnierska 18a, 10-561 Olsztyn  
 NIP 739-29-54-843  
 Regon 000295580

#### 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
10	17 960,00	1 496,80	8 i 23	19 456,80
11	50 400,00	4 104,00	8 i 23	54 504,00

Awpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

AD

i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 61-825-61-52, b.uro@elecpol.pl

#### 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Izabella Smigieliska – Rybarczyk tel. Kontaktowy 61-825-60-50 mail: [izabella.smigieliska@elecpol.pl](mailto:izabella.smigieliska@elecpol.pl)
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Izabella Smigieliska – Rybarczyk tel. Kontaktowy 61-825-60-50 mail: [izabella.smigieliska@elecpol.pl](mailto:izabella.smigieliska@elecpol.pl)
- ▶ Reprezentant 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 warunków zamówienia.

7.1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

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

1.6 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

#### 8. Dokumenty

Informujemy, że :

- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : .....
- dośćępne są na stronie (posiada adres strony internetowej) : .....

- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : .....

dośćępne są w dokumentacji przesłanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : .....

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

- formularz cenowy/opisowy – załącznik nr 2
- załącznik nr 7
- JEDZ
- załącznik nr 5

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Regionalny

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: PROMED S.A.

Siedziba: ul. Działkowa 56, 02-234 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@promed.com.pl](mailto:przetargi@promed.com.pl)

Strona internetowa: [www.promed.com.pl](http://www.promed.com.pl)

Numer telefonu: 0 (22) 839 99 01 tel. kom. ....

Numer faksu: 0 (22) 839 84 57

Numer REGON: 001325900

Numer NIP: 118-00-62-976

Nr rachunku rozliczeniowego 88 1240 1053 1111 0011 0678 9932

Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

**Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie prowadzącą działalności w mikro, małym i średnim i dużym i innym przedsiębiorstwie~~ (skreślić nieważliwe)**

### 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 0002956580

### 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
13	60 000,00 zł	4 800,00 zł	8%	64 800,00 zł
14	45 000,00 zł	3 600,00 zł	8%	48 600,00 zł
15	120 000,00 zł	9 600,00 zł	8%	129 600,00 zł

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty!*

#### 4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 839-81-85, [promed@promed.com.pl](mailto:promed@promed.com.pl)

SZP-332-55PNU-2022

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

AA

- Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Magdalena Wysokińska tel. kontaktowy 22 22 22 621 mail: [przetargi@promed.com.pl](mailto:przetargi@promed.com.pl)
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Anna Seręga tel. kontaktowy 22 22 22 665 mail: [przetargi@promed.com.pl](mailto:przetargi@promed.com.pl)

#### 5. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/

Nazwisko i imię .....

Stanowisko .....

Telefon .....

Fax .....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawierania umów; do zawierania umów

#### 7. Oświadczenia dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

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

1.6 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

#### 8. Dokumenty

Informujemy, że :

▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : KRS nr 0000185723

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 n.w. dokumenty i oświadczenia, zgodnie z SWZ itd.

#### 10. Zastrzeżenie wykonawcy

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

.....

SZP-332-55PNU-2022

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego

Sfinansowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

### FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

#### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ..... Stieglimeyer Sp. z o.o. ....

Siedziba: .... 86-212 Stolno, Grubno 63 ..... Województwo ... kujawsko – pomorskie ...

Adres poczty elektronicznej: ..... [info.stolno@stieglimeyer.com](mailto:info.stolno@stieglimeyer.com) .....

Strona internetowa: ..... <https://www.stieglimeyer.com/pl/> .....

Numer telefonu: 0 ( 56 ) ..... 677 14 00 ..... tel. kom. .... nie dotyczy ....\*

Numer faksu: 0 ( 56 ) ..... 677 14 12 .....

Numer REGON: ..... 870003447 .....

Numer NIP: ..... 875-000-30-01 .....

Nr rachunku rozliczeniowego ..... PL52114010523761000000010387 .....

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  
Regon 000295580

#### 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na wyposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
20	35.600,00	2.848,00	8%	38.448,00
Id	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabel zał. nr 2 i doliczyć wypełniony załącznik z oferowanymi zadaniami do oferty/*

#### 4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

112

i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres ..... Stieglimeyer Sp. z o.o.; 86-212 Stolno, Grubno 63; Fax: (56) 677 14 10 .....

#### 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Paweł Kowalski ..... tel. kontaktowy... (56) 677 14 45. .... mail: [pawel.kowalski@stieglimeyer.com](mailto:pawel.kowalski@stieglimeyer.com) .....
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Krzysztof Szymczak ..... tel. kontaktowy.. (56) 677 15 51 ... mail: [krysztof.szymczak@stieglimeyer.com](mailto:krysztof.szymczak@stieglimeyer.com) .....

#### 6. Pełnomocnik w sprawach składania ofert w sprawie - skreślić jeśli nie dotyczy

Nazwisko, imię .....  
Stanowisko .....  
Telefon ..... Fax .....  
Zakres do reprezentowania w postępowaniu - do reprezentowania w postępowaniu i zawarcie umowy do zawarcia umowy .....

#### 7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że uważamy(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
- 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.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu
- 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)
- Oświadczam, że wypełnięm 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.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

#### 8. Dokumenty

Informujemy, że :

- dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : ..... KRS .....
- dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : ..... <https://ekrs.ms.gov.pl/> ...
- 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 nr dokumenty oświadczenia: ..... Załącznik nr 1, 2, 3, 7, pełnomocnictwo. ....itd.

#### 10. Zastrzeżenie wykonawcy

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

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**  
Nazwa: NZ TECHNO SP Z.O.O.

Siedziba: UL. BERNEŃSKA 5A, 03-976 WARSZAWA Województwo MAZOWIECKIE  
Adres poczty elektronicznej: office.pl@nztechno.com  
Strona internetowa: www.nztechno.com  
Numer telefonu: 0 (22) 616-32-45 tel. kom. ....  
Numer faksu: 0 (22) 617-07-85  
Numer REGON: 011862144  
Numer NIP: 113-02-34-889  
Nr rachunku rozliczeniowego BANK HANDLOWY S.A 48 1030 1582 0000 0008 0810 2005  
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. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn Regon 000295580  
NIP 739-29-54-843

**3. Zobowiązania wykonawcy**  
Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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	52 800,00 ZŁ	4 224,00 ZŁ	8%	57 024,00 ZŁ
itd				

Napisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabeli za nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z ofertowym 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

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

13

problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres (22)617-07-85 office.pl@nztechno.com., ul. Berneńska 5a, 03-976 Warszawa

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : IZABELA SIEDLEWSKA tel. Kontaktowy (22)616-32-45 mail: office.pl@nztechno.com
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: IZABELA SIEDLEWSKA tel. Kontaktowy(22)616-32-45 mail. : office.pl@nztechno.com

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

Nazwisko, imię .....  
Stanowisko .....  
Firma .....  
Telefon .....  
Zakres do reprezentowania w postępowaniu: do reprezentowania w postępowaniu i zawierania umów: do zawierania umów

**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(ny) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- 7.2. Oświadczamy, że uważamy(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych 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 wypelniam 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.
- 7.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

- Informujemy, że :
  - ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakieś dotyczy ): KRS
  - ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakieś dotyczy ): www.ms.gov.pl
  - ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakieś 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 OFERTOWY, .....

FORMULARZ ASORTYMENTOWY OŚWIADCZENIA DOKUMENTY ZAOFEROWANEGO URZADZENIA KATALOG

..itd.

**10. Zastrzeżenia wykonawcy**

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: MEDIMA sp. z o.o.

Siedziba: al. Jerolimskie 200, 02-486 Warszawa Województwo mazowieckie  
Adres poczty elektronicznej: [spzedaz@medima.pl](mailto:spzedaz@medima.pl)  
Strona internetowa: [www.medima.pl](http://www.medima.pl)  
Numer telefonu: 0 (48) 22 313 22 66 tel. kom. 604 560 162\*  
Numer faksu: 0 (48) 22 313 22 69  
Numer REGON: 015641760  
Numer NIP: 522-270-98-42  
Nr rachunku rozliczeniowego Bank Millennium 41 1160 2202 0000 0000 4164 0711  
Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

Jestem: osoba fizyczna - prowadząca działalność gospodarczą nie prowadzącą działalności w mikro / małym / średnim / dużym / innym - 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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
14	43500,00	3480,00	8%	46980,00

*Awpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty*

#### 4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres +48 22 313 22 69 / al. Jerolimskie 200, 02-486 Warszawa / [reklamacje@medima.pl](mailto:reklamacje@medima.pl)

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

- Osoby do kontaktów z Zamawiającym  
Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Marcin Wierzbicki tel. kontaktowy 604 560 162 mail: [spzedaz@medima.pl](mailto:spzedaz@medima.pl)  
Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Marcin Wierzbicki tel. kontaktowy 604 560 162 mail: [spzedaz@medima.pl](mailto:spzedaz@medima.pl)

#### 5. Reprezentant w przyszłości składania oferty wypełnia: 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.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy (y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że uważamy (y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
- Oświadczamy, że załączono 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.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu
- 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)  
**\*-6** Oświadczam, że wypiekiem obowiązkowej informacji - przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozp. wobec osób fizycznych - od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia - publicznego w niniejszym postępowaniu.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

#### 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 n.w. dokumenty i oświadczenia:

- CE i deklaracja WE
- Karta Katalogowa
- JEDZ
- Załącznik nr 2 i 7 do SWZ

#### 10. Zastrzeżenie wykonawcy

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

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego

Sfinansowana w ramach realizacji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: KARL STORZ Polska sp. z o.o.

Siedziba: Ul. Holubcowa 123, 02-854 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: [tender-fo@karlstorz.com](mailto:tender-fo@karlstorz.com)

Strona internetowa: [www.karlstorz.com](http://www.karlstorz.com)

Numer telefonu: 0 (22) 2458 200 tel. kom. n/d

Numer faksu: 0 (22) 2458 201

Numer REGON: 243706097

Numer NIP: 6312655205

Nr rachunku rozliczeniowego 931600146218073008200000004

Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie prowadzącą działalności w mikro, małym i średnim przedsiębiorstwie - przedsiębiorstwie (skreślić niewłaściwe)**

### 2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w

Olśztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olśztyn

Regon 000295580

### 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
22	245 809,32	22 248,03	8%, 23%	268 237,35

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

#### 4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SMZ okresie.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SMZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 2458 201, Ul. Holubcowa 123, 02-854 Warszawa

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olśztynie

1

- Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Ewa Bledrzycka tel. Kontaktowy 22 2458 202 mail: tender-pl@karlstorz.com
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Katarzyna Krzeszowiec tel. Kontaktowy 608-534-833 mail: [katarzyna.krzeszowiec@karlstorz.com](mailto:katarzyna.krzeszowiec@karlstorz.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 warunków zamówienia.

7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy(y) niezbędną informację do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uwzględniamy(y) się ze związanymi z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

7.3. Oświadczamy, że zainicjowane 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)

1.6. 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.

1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

### 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) : nie dotyczy

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

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

formularz cenowy – opis przedmiotu zamówienia (OPZ)

Jedynolity Europejski Dokument Zamówienia

projekt umowy na dostawę

oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej

oświadczenia wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy

oświadczenie Wykonawcy dotyczące serwisu pogwarancyjnego

pełnomocnictwo

### 10. Zastrzeżenie wykonawcy

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olśztynie

2

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: FULL-MED Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Bursaki 6, 20 150 Lublin Województwo lubelskie  
 Adres poczty elektronicznej: biuro@full-med.com.pl  
 Strona internetowa: www.full-med.com.pl  
 Numer telefonu: 0 (81) 444 15 14 tel. kom. 607 459 752\*  
 Numer faksu: 0 (81) 444 15 14  
 Numer REGON: 362607411  
 Numer NIP: 712-33-00-938  
 Nr rachunku rozliczeniowego ING Bank Śląski 84 1050 1953 1000 0090 3121 2856  
 Godziny urzędowania 8-16

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / małym - 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 Region 000295560

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
Zadanie nr 9	80 625,00 zł	6 450,00 zł	8%	87 075,00 zł
Zadanie nr 12	52 000,00 zł	4 160,00 zł	8%	56 160,00 zł
Zadanie nr 20	55 500,00 zł	4 440,00 zł	8%	59 940,00 zł

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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.

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

16

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres fax. 81 444 15 14, serwis@full-med.com.pl

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Dorota Kasperk tel. Kontaktowy 81 444 15 14 mail: biuro@full-med.com.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Grzegorz Jaśkowski tel. Kontaktowy 81 444 15 14 mail: biuro@full-med.com.pl

**6. Pełnomocnik 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 zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę nie-ważnych 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 załączono 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)
- 1.6 Oświadczam, że wypełnięm 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.
- 1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

- Informujemy, że :
    - ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : KRS nr 0000877820
- dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) :  
<https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wyszukiwarka-kras>

▶ 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:**

- a) Opis przedmiotu zamówienia
- b) Formularz JEDZ
- c) Załącznik nr 7 do SWZ dla zad. 9,12,20
- d) Foldery zaoferowanego asortymentu

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Biameditek Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Elewatorska 58, 15-620 Białystok Województwo podlaskie

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@biameditek.pl](mailto:przetargi@biameditek.pl)

Strona internetowa: [www.biameditek.pl](http://www.biameditek.pl)

Numer telefonu: 0 ( 85 ) 66 45 200 tel. kom. ....

Numer faksu: 0 ( ... ) .....

Numer REGON: 002331630

Numer NIP: 542-020-13-57

Nr rachunku rozliczeniowego 66 1050 0066 1000 0022 7363 3814

Godziny urzędowania 8.00-16.00

Signed by /  
Podpisano przez:

Urszula Błady

Date / Data:  
2022-10-11

08:28



**\*system: o:oba - fizyczna - prowadząca - działalność - i:opodarcza - nie - prowadząca - działalność - mikro - ma - w - / średnim - / dużym - / inn - / - przedsi - biorstwem - (s:realiz - 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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemic COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
20	52 000,00	4 160,00	8 %	56 160,00

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 [spzedaz@biameditek.pl](mailto:spzedaz@biameditek.pl)

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

17.

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Urszula Błady tel. Kontaktowy 85 66 45 200 mail: [przetargi@biameditek.pl](mailto:przetargi@biameditek.pl)
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Marcin Beczak tel. Kontaktowy 608 388 255 mail. : [mbeczak@biameditek.pl](mailto:mbeczak@biameditek.pl)

**6. Reklamowca w przypadku składeń ofertę 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/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy/ nie posiadamy (y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uważamy/ (y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych 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)

1.6 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**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:**

1. Formularz cenowy, **OPZ**
2. Karta katalogowa
3. Deklaracja zgodności i powiadomienie
4. Oświadczenie, **zał. 7**
5. **JEDZ**
6. Oświadczenia **5 i 6**
7. Pełnomocnictwo

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: MIRO Sp. o.o.

Siedziba: Warszawa (03-808), ul. Mińska 25B lok. U1, Województwo: mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@miro-med.pl

Strona internetowa: www.miro-med.pl

Numer telefonu: 0 65 525 93 00, tel. kom. ....\*

Numer faksu: 0 65 525 93 02

Numer REGON: 411039248

Numer NIP: 6971934576

Nr rachunku rozliczeniowego: 78 1090 2125 0000 0005 5401 0816

Godziny urzędowania: 8:00 – 17:00

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie prowadzącą działalności w sferze / 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 000295680

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
17	152 770,00 zł	12 221,60 zł	8%	164 991,60 zł

*Awpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: Fax 65 525 93 02, adres: MIRO Sp. z o.o., aleje Krasieńskiego 20A, 64-100 Leszno

18

- 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Bogna Wojtkowiak, tel. kontaktowy: 65 525 93 00, mail: przetargi@miro-med.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Maciej Machowski, tel. kontaktowy: 601 303 449, mail: m.machowski@miro-med.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 warunków zamówienia.**

7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc nie winosimy 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 istotnych 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)

1.6 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

Informujemy, że:

- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy): odpis z KRS

dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej): System EKRS (ms.gov.pl)

- ▶ 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:**

- Formularz cenowo-opisowy, Załącznik nr 2
- Serwis pogwarancyjny, Załącznik nr 7
- Oświadczenie, Załącznik nr 5
- Oświadczenie, Załącznik nr 6
- JEDZ
- Certyfikat
- Deklaracja zgodności



Rzeczpospolita  
Polska



Sfinansowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: MDS Cardio Sp. z o.o.

Siedziba: Transportowców 11, 02-858 Warszawa  
 Adres poczty elektronicznej: [przetarg@m-ds.pl](mailto:przetarg@m-ds.pl) Województwo mazowieckie  
 Strona internetowa: [www.e-mds.pl](http://www.e-mds.pl)  
 Numer telefonu: 0 (22) 644 80 62 tel. kom. ....\*  
 Numer faksu: 0 (22) 644 81 89  
 Numer REGON: 015692785  
 Numer NIP: 9512102903  
 Nr rachunku rozliczeniowego CITI HANDLOWY 06 1030 1508 0000 0008 2235 5000  
 Godziny urzędowania 8:00 – 16:00

**Uwaga: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności mikro- i małym, z siedzibą w domu - przedsięwzięciem (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 Region 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
13	128 493,00	10 279,44	8%	138 772,44

Wpisana kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 .fax: 22 644 81 89 , MDS Cardio Sp. z o.o., ul. Transportowców 11, 02-858 Warszawa

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

19

- 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Grażyna Kwapisz, Tomasz Kodłubaj tel. kontaktowy 22 644 80 62 mail: [przetarg@m-ds.pl](mailto:przetarg@m-ds.pl)
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Paweł Gołowski tel. kontaktowy 22 644 80 62 mail: [m-ds@e-mds.pl](mailto:m-ds@e-mds.pl)

**5. Pełnomocnik w przypadku składania oferty w sposób nie określony jest nie dotyczy**

Nazwisko i imię .....  
 Stanowisko .....  
 Telefon .....  
 Zakres do reprezentowania w postępowaniu w postępowaniu w postępowaniu i zawarcia umowy do zawarcia umowy .....

**7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia**

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/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 wskazany w specyfikacji istotnych 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)
- 1.6. Oświadczam, że wypełnięm 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.
- 1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

Informujemy, że :

- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : Odpis z KRS

dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : <https://ekrs.ms.gov.pl/>

▶ 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 ww. dokumenty i oświadczenia .....

.....

**10. Zastrzeżenie wykonawcy**

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

.....nie dotyczy .....

**11. Inne informacje wykonawcy:**

.....

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie





**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: „Greenpol Instytut Kształtowania Środowiska Sp. z o.o.

Siedziba: Zielona Góra 65-066 ul. S. Żeromskiego 10/4 Województwo lubuskie

Adres poczty elektronicznej: przelargi@greenpol.com.pl

Strona internetowa: www.greenpol.com.pl

Numer telefonu: 0 ( +48) 68-416 17 58 tel. kom. 500283 211.\*

Numer faksu: 0 (+48) 68 – 416 17 58 wew. 4

Numer REGON: 008045344

Numer NIP: 929 010 03 34

Nr rachunku rozliczeniowego PKO BP S.A. 68 1020 5402 0000 0702 0399 9646

Godziny urzędowania 8.00-16.00

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności... / mikro- / małym przedsiębiorstwem - 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 p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
18	135383,00	12988,09	8,23	148371,09

*Awpisać kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 68-416 17 58 , e-mail: servis@greenpol.com.pl

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

22

- 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Sylwia Sobkowiak tel. Kontaktowy 500 283 211 mail: przelargi@greenpol.com.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Justyna Kociak tel. Kontaktowy 790 329 925 mail. : centrala@greenpol.com.pl

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

Nazwisko i imię: .....  
 Słowo: .....  
 Telefon: .....  
 Faks: .....  
 Zakres: do reprezentowania w postępowaniu: do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy do zawarcia umowy

**7. Oświadczenie dotyczące postanowien specyfikacji warunków zamówienia.**

7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/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 wskazany w specyfikacji istotnych 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/haszej 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/haszej 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)

1.6 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**8. Dokumenty**

Informujemy, że :

- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie jeśli dotyczy) : odpis 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 n.w. dokumenty i oświadczenia:**

- Formularz cenowy
- Dokument JEDZ
- Oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 7
- Deklaracja zgodności
- Ulotka
- Pełnomocnictwo

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie





Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**  
 Nazwa: Stryker Polska Sp. z o.o.  
 Siedziba: 02-822 Warszawa, ul. Poleczki 35 Województwo mazowieckie  
 Adres poczty elektronicznej: karolina.chodnicka@stryker.com  
 Strona internetowa: www.stryker.com  
 Numer telefonu: 0 (22) 429 55 50 tel. kom. ....\*  
 Numer faksu: 0 (22) 429 55 60  
 Numer REGON: 011207165  
 Numer NIP: 952-00-15-337  
 Nr rachunku rozliczeniowego Nr rachunku bankowego Bank Handlowy S.A  
 nr 28 1030 1508 0000 0008 1582 8019  
 Godziny urzędowania 8-16

**jestem:** osoba fizyczna prowadząca działalność gosp. działalność - rlp - prowadząca działalność... mikro / mały / w średnim / dużym / innym - przedsięwzięciem (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 739-29-84-843 Region 000295560

**3. Zobowiązania wykonawcy**  
 Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za ceny:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
Zadanie nr 20 PRZEMOT ZAMÓWIENIA: WÓZEK TRANSPORTOWY -4 SZT	42 200,00	3376,00	8%	45 576,00
Id				

Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki tabel/zak. nr 2 dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Podpis jest prawdziwy  
 Dokument podpisany przez  
 Karolina Chodnicka  
 Data: 2022.10.10 10:36:32 CEST

24

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 i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 429 55 60, zamowienia@stryker.com, reklamacje@stryker.com

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym  
 Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Karolina Chodnicka@stryker.com tel. Kontaktowy 22 429 55 56 mail: karolina.chodnicka@stryker.com  
 Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Przemysław Twardowski@stryker.com tel. Kontaktowy 22 429 55 50 mail: przemyslaw.twardowski@stryker.com, zamowienia@stryker.com

6. Reprezentant w sprawie składania ofert w sprawie - skreślić jeśli nie dotyczy:  
 Nazwisko, imię .....  
 Stanowisko .....  
 Telefon .....  
 Zakres do reprezentowania w postępowaniu: do reprezentowania w postępowaniu + 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 / niebędziemy posiadać informacji do przygotowania oferty.

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

7.3. Oświadczamy, że załączono 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)

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

1.7. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

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 przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : .....

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

SZP-332-55PNU-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Rzeczpospolita  
PolskaUnia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego

Sfinansowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

## 1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: KAWA. SKA Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Zaczarowanej Róży 1, 05-540 Zalesie Górne Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: [przetargi@kawaska.pl](mailto:przetargi@kawaska.pl)Strona internetowa: [www.kawaska.pl](http://www.kawaska.pl)

Numer telefonu: 0 ( .22. ) 756 57 65 tel. kom. 885 656 777\*

Numer faksu: 0 ( .22. ) 542 18 52

Numer REGON: 015722782

Numer NIP: 1231021965

Nr rachunku rozliczeniowego 84 1020 1169 0000 8102 0081 5357

Godziny urzędowania 8 - 16

Jestem: osoba fizyczna, prowadząca działalność gospodarczą, nie prowadząca działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsięwzięciem (kreślić nielubiane)

## 2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w

Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn

Regon 0002955680

NIP 739-29-54-843

## 3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym p.n.: Wyposażenie medyczne na doposażenie pomieszczeń szpitalnych, realizowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19 Nr sprawy: SZP-332-55PNU-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
6	318 996,22 zł	25 519,70 zł	8%	344 515,92 zł

*Napisz kwotę łączną za oferowane zadanie z rubryki 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 zatwierdzone w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 542 18 52, [kawaska@kawaska.pl](mailto:kawaska@kawaska.pl), KAWA.SKA Sp. z o.o., ul. Zaczarowanej Róży 1, 05-540 Zalesie Górne

## 5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Radosław Zychman tel. kontaktowy 22 756 57 65 mail: [przetargi@kawaska.pl](mailto:przetargi@kawaska.pl)

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Jerosław Leśniewski tel. kontaktowy 601 292 044 mail: [jeroslaw.lesniewski@kawaska.pl](mailto:jeroslaw.lesniewski@kawaska.pl)

6. Reklamowanie w przypadku składania oferty wspólnej\* *(kreślić jeśli nie dotyczy)*

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon .....

Fax .....

Zakres do reprezentowania w postępowaniu do reprezentowania w postępowaniu i zawarcie 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/nasze informacje do przygotowania oferty.

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

7.3. Oświadczamy, że załączono 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)

1.6 Oświadczam, że wypełnięm 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.

1.7 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

## 8. Dokumenty

Informujemy, że:

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

dostępne są na stronie ([https://krs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/](https://krs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna)) ;

.....<https://krs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/>.....

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

dostępne są w dokumentacji przetekowej przez Zamawiającego w postępowaniu nr

(podać numer postępowania) ; .....

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

oświadczenia: ..... wymienione na str. 2 oferty .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....