

Załącznik Nr 1  
**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**  
Nazwa: Aber Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Sprzędzowa 3, 10-467 Olsztyn Województwo Warmińsko-Mazurskie  
Adres poczty elektronicznej: marketing@aber.pl  
Strona Internetowa: www.aber.pl  
Numer telefonu: 0 (89) 5387148 tel. kom. ....  
Numer faksu: 0 (89) 5387135  
Numer REGON: 510709810  
Numer NIP: 7392983537  
Nr rachunku rozliczeniowego 73 1500 1386 1213 8004 6191 0000  
Godziny urzędowania 7-15

**Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności - mikro - / - makro / - średnim / dużym - firmym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)~~**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**  
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
Adres siedziby: ul. Zohierska 18a, 10-561 Olsztyn  
NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**  
Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nabiał i artykuły ogólnospożywcze Na potrzeby Kuchni szpitalnej Nr sprawy: SZP-332-79PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	259 600,45	9912,19	0,8,23 %	269512,64
2	259 600,45	9912,19	0,8,23 %	269512,64

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

**4. Oświadczenia, że:**

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
- 4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- 4.3 Fidejucjum będąc zabezpieczeniem w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i fidejucjum pisemnie - nr faksu i adres 895387136, ul. Sprzędzowa 3, 10-467 Olsztyn

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- ▶ Osoba, osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
- ▶ Osoba, osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
- Adam Bernaciak tel. kontaktowy 895387128 mail. : sekretariat@aber.pl

**6. Reprezentacja w sprawie oferty**

**6.1. Osoba, osoba do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialna za przygotowanie oferty:**  
Adam Bernaciak  
ul. Sprzędzowa 3, 10-467 Olsztyn  
NIP 739-29-54-843 Regon 000295580  
Kontakt: 895387128  
E-mail: sekretariat@aber.pl

SZP-332-79PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**zawarcie umowy**

**7. Oświadczenia dotyczące postawienia specyfikacji warunków zamówienia.**

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnoszę 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 zgłoszona do specyfikacji warunków zamówienia wymagania stawiana wykonawcy oraz postawienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia Umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 7.4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu, oraz że spełniam warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu
- 7.5 Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty „nie” będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (jeśli dotyczy należy podać nr zadania i pozycje w zadaniu)
- 7.6 Oświadczam, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, do których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**8. Dokumenty**

- Informujemy, że :
- ▶ dokumenty, oświadczenia (wymianie jakle jeśli dotyczy ) : KRS
  - ▶ dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : <https://krs.ms.gov.pl/>
  - ▶ dokumenty, oświadczenia (wymianie jakle jeśli dotyczy) : .....
  - ▶ dostępne są w dokumentacji przetworzonej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : .....
- 9. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam n.w. dokumenty i oświadczenia:**

- Zaświadczenie PISZ zezwalający na działalność w zakresie produkcji i obrotu żywnością, zatrudniającego zakres prowadzonej działalności.
- Potwierdzenie dokonania wpisu do rejestru zgłoszeń działalności gospodarczej w zakresie produkcji, skądowania, konfekcjonowania i obrotu artykułami i/ino-spożywczymi.
- Zaświadczenie o wpisie do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów PIS.
- Decyzje potwierdzające dopuszczenie samochodów transportowych do transportu żywności wymagającej warunków chłodniczych.
- Decyzje PISZ dopuszczające samochody transportowe do transportu żywności oraz transportu żywności wymagającej warunków chłodniczych.

**10. Zastrzeżenia wykonawcy**

Niektóre wyrażenia dokumentu składowego są nie-aktualne i nie mogą być egaknie udektynowane:

**11. Inne informacje wykonawcy:**

**12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 26 stron.**

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

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

Adam Bernaciak

Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Olsztyn, 02.12.2022r.

ADAM  
PIOTR  
BERNACIAK  
Elektronicznie  
podpisany przez  
ADAM PIOTR  
BERNACIAK  
Data: 2022.12.02  
08:59:14 +01'00'

SZP-332-79PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1  
**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**1. Dane dotyczące wykonawcy**  
Nazwa: Mona-Kontra Sp z o.o.

Siedziba: ul. Majora Hubala 6, 16-400 Suwałki Województwo podlaskie  
Adres poczty elektronicznej: [sekretariat@mona-suwalki.pl](mailto:sekretariat@mona-suwalki.pl)  
Strona internetowa: [www.monasuwalki.pl](http://www.monasuwalki.pl)

Numer telefonu: 0 (87) 566 46 47 tel. kom. 691 693 403 \*  
Numer faksu: 0 (87) 566 79 29

Numer REGON: 790746779

Numer NIP: 844 19 61 922

Nr rachunku rozliczeniowego 69 1090 2590 0000 0001 2990 7557

Godziny urzędowania 7<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>

~~Jeżeli: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą nie prowadząca działalności mikro - małym i średnim / dużym firmym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwie)~~

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

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

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nowąjąc do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nabiał i artykuły ogólnospożywcze Na potrzeby kuchni szpitalnej Nr sprawy: SZP-332-79PN-2022, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	255 776,30	0,00	0%	255 776,30
2				

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

**4. Oświadczenia, 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 89 752 53 61 ul. Przemysłowa 1, 11-400 Kętrzyn

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Eugeniusz Aluchniwicz tel. kontaktowy 691 693 403 mail: [eugeniusz.aluchniwicz@mona-suwalki.pl](mailto:eugeniusz.aluchniwicz@mona-suwalki.pl)  
Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Urszula Olechnowicz tel. kontaktowy 89 752 53 61 mail: [kelczy@mona-suwalki.pl](mailto:kelczy@mona-suwalki.pl)

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

Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Stanowisko: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Zakres do reprezentowania w postępowaniu: do reprezentowania i zawierania umowy, do SZP-332-79PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

**Zawieranie 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/ posiadamy niezbędną informację do przygotowania oferty.
- 7.2. Oświadczamy, że uważamy/ uważamy się za związanym 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)
- 7.6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**8. Dokumenty**

Informujemy, że:

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

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

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

1. Oświadczenie zał. nr 3
2. Decyzja sanitarna zezwalająca na działalność
3. Zaświadczenie z PPS
4. Potwierdzenie z PWJHARS w Białymstoku o składowaniu i obrocie artykułami rolnospożywczymi
5. Decyzja PPS o dopuszczeniu samochodów do przewozu środków spożywczych wymagających chłodzenia

**10. Zastrzeżenie wykonawcy**

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

**11. Inne informacje wykonawcy:**

**12. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 25 stron.**

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

Andrzej Morawski – Prezes Zarządu  
Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Suwałki miejscowość i data 29.11.2022 r.

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

\*\*Jeżeli Oświadczanie **wv** jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy) **brak** prowadzi obowiązku podatkowego wówczas ono powinno zawierać:

SZP-332-79PN-2022 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie



