

Załącznik Nr-1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy/Konsorcjum w składzie:

Nazwa: Chlonet Pomorski Sp. z o.o. – lider/ Toruńska Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.- członek

Siedziba: Zabagno 18 c 83-115 Swarzędzyn/ ul. Żółkiewskiego 20/26 87-100 Toruń

Adres poczty elektronicznej: ania.balicka@izmo-global.com

Strona internetowa: www.izmo-global.com

Numer telefonu: 0 (56) 612 35 56 . tel. kom. *

Numer faksu: 0 (56) 612 35 08

Numer REGON: 330490477/ 870514656

Numer NIP: 499-03-39-595/879-016-67-90

Nr rachunku rozliczeniowego 05 1090 1506 0000 0000 5002 0369

Godziny urzędowania 8:00-16:00

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

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

NIP 739-29-54-643 Regon 000299580

3. Zobowiązania Wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31-KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wyrogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
6	22 750,00	1 820,00	8%	24 570,00
7	29 468,00	2 357,44	8%	31 825,44

Wpisując kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał nr 2 i dołączyć wypchiony załącznik z otworzonym zadaniem do oferty/

4. Oświadczenia, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymagany w SWZ.

4.2 Dostawy przedmiotowi zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SWZ przez Znamającego.

4.3 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

4.4 Okres gwarancji trwałości na oferowany produkt/ usługi wynosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.

4.5 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów

i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 56 612 39 64, TZMO S.A., ul. Przelot 39, 87-100 Toruń

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Anna Balicka tel. kontaktowy 56 612 35 56 mail: ania.balicka@izmo-global.com

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Katarzyna Puk tel. kontaktowy 56 612 32 09 mail: bod.matopaki@izmo-global.com

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

Nazwisko, imię Anna Balicka

Stanowisko Pełnomocnik

Telefon. 56 612 35 56 . Fax. 56 612 35 08

Zakres: ~~do-reprezentowania~~-w-postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy: DZPZ-332-31-KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

do zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotyczące dostawienia 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 warunków zamówienia.

7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.

7.4. 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 najlepszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

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

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

8. Do oferty załączam nr dokumenty Loświadczenia:

f. cenowy, oświadczenia, pełnomocnictwa, dokumenty tajne itd.

9. Zastrzeżenie wykonawcy

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

Karty danych technicznych, polecenie służbowe Zarządu TZMO S.A.

10. Inne informacje wykonawcy:

.....

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

Anna Balicka

Imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejsce/owość i data Toruń, 09.04.2024

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

Jeżeli Oświadczamy **WV jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy **będzie** prowadził do powstania podatkowego) wówczas **ono** powinno zawierać:

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

DZPZ-332-31-KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: 3M Healthcare Poland Sp. z o.o.

Siedziba: al. Kąkolewska 117, Kąkolewo 05-830 Nedarzyn

Adres poczty elektronicznej: przetargi@solvendum.com

Strona internetowa:

Numer telefonu: 48728997

Numer faksu: 48729997 123

Numer REGON: 52246982

Numer NIP: PL5252914245

Nr rachunku rozliczeniowego



CitiBank Bank Handlowy S.A.

ul. Senatorska 16, 00-923 Warszawa

IBAN: PL8710301508000000823341002

Godziny urzędowania 8-16

2. Dane dotyczące Zamawiającego

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

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

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

3.1. Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł.
14	10 344,00	953,52	8%, 23%	11 297,52

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

4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.
- Dostawy przedmiotu zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SWZ przez Zamawiającego.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Okres gwarancji/awaryjności na oferowany produkt/y wynosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres ResolutionEMEA@solvendum.com tel.48223970536

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Daria Czajkowska tel. Kontaktowy 608311593 mail: dczajkowska.cw@solvendum.com
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Magorzata Roliuska tel. Kontaktowy 48223979158 mail: premiumcustomer.pl@solvendum.com

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty w sposób elektroniczny

Nazwisko i imię:
Stanowisko:

DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

Telefon:
Fax:
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 nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że uważamy(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
- Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.
- 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.
- Oświadczamy, że wybór 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)
- Oświadczamy, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

8. Do oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

- Formularz cenowy
- Oświadczenie składane na podstawie art. 125
- Certyfikat ISO
- Oświadczenie dot. producenta sterylizatora
- Kartę charakterystyki substancji niebezpiecznej
- Potwierdzenie wpisu do Rejestru Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych
- Pehmocnictwo
- KRS
- Oświadczenie dot. wyrobów niemedycznych

9. Zastrzeżenie wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy:

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

Daria Czajkowska – Koordynator ds. Zamówień Publicznych
Imiona i nazwiska osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Daria Czajkowska – Koordynator ds. Zamówień Publicznych
Czytelnie podpisy osób uprawnionych do
reprezentowania wykonawcy

miejsce i data Kąkolewo, 10.04.2024 r.

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

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

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

DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: AMED Biuro Techniczno – Handlowe Andrzej Abramczyk
Siedziba: 05-090 Raszyn, Słowikowskiego 39
Adres poczty elektronicznej: biuro@amed.pl
Strona internetowa: www.amed.pl
Numer telefonu: 22 715 71 86 tel. kom.*
Numer faksu: 22 715 71 90
Numer REGON: 006236011
Numer NIP: 113-001-75-31
Nr rachunku rozliczeniowego 11 1240 1053 1111 0000 0441 0180
Godziny urzędowania 8 - 16

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie
Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn Regon 000295680
NIP 739-29-54-843

3. Zobowiązania wykonawcy

Nowizując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania skrytyzacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1. Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
10	750,00	172,50	23	922,50
11	2 340,00	187,20	8	2 527,20
12	878,00	201,94	23	1 079,94
13	552,00	44,16	8	596,16
15	720,00	165,60	23	885,60

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

4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.
- Dostawy przedmiotu zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SWZ przez Zamawiającego.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/ wynosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 715-71-90 ; logistyka@amed.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Anna Yankavets tel. kontaktowy 22 715- 71-86 mail: handlowy@amed.pl
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Piotr Bedrzycki tel. kontaktowy 22 715- 71-86 mail: logistyka@amed.pl

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

Nazwisko, imię:
DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Stanowisko:
Telefon:
Faks:
Zakres do reprezentowania w postępowaniu – do reprezentowania w postępowaniu i zawierania 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 warunków zamówienia.
- Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.
- 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.
- 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 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. Do oferty załączam nw dokumenty i oświadczenia:

Formularz asortymentowy – cenowy (załącznik nr.2)
Oświadczenie (załącznik nr.3)
pełnomocnictwo

9. Zastrzeżenia wykonawcy

Niezi wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udośćpihone*:

10. Inne informacje wykonawcy:

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 8 stron.

Anna Yankavets

Intona | nazwiska osoba
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy
Anna Elektroniznie podpisany przez Anna
Yankavets
Data: 2024.04.09 14:29:37 +0200

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

- **Jeżeli Oświadczanie wv jest o treści: wybieram (y) wybór oferty wykonawcy będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego) wówczas ono powinno zawierać:**
- powierzenie, iż wybór Twój(ej) oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,
- wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (wskazując jednocześnie nazwę, która znalazła się później na fakturze),
- wskazanie wartości tego towaru lub usług bez kwoty podatku.

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Olympus Polska Spółka z o.o.
Siedziba: ul. Wyrnalazek 1 02-677 Warszawa
Adres poczty elektronicznej: przetargi.medical@olympus-europa.com
Strona internetowa: <https://www.olympus.pl/>
Numer telefonu: 22 / 366 00 77
Numer faksu: 22 / 366 00 49
Numer REGON: 012330343
Numer NIP: PL5221651738
Nr rachunku rozliczeniowego: PL 08 1600 1127 1833 3003 8000 0001
Godziny urzędowania: 08.00-16.00

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowickiego w Olsztynie
Adres siedziby: ul. Zohierska 18a, 10-561 Olsztyn
NIP 739-29-64-843
Regon 0002995580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł	Podatek VAT w zł	Stawka VAT %	Cena brutto zł
16	1 020,00 zł	81,60 zł	8%	1 101,60 zł

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

4. Oświadczenia, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.
- Dostawy przedmiotu zamówienia nie przekroczą terminów wymaganym w SWZ przez Zamawiającego.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Okres gwarancji/ważności na oferowany produkt/y wynosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.
- Reklamacje będą zatwierdzone w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów
- Reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: 22 / 366 00 49 zamowienia-msd@olympus.pl
- Osoby do kontaktów z Zamawiającym
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Monika Rurka tel. Kontaktowy: 22 366 00 77 mail: przetargi.medical@olympus-europa.com
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Anna Piotrowicz tel. Kontaktowy 22 366 01 45 mail: zamowienia-msd@olympus.pl
- Pełnomocnik w trybie skądania oferty wnoszącej /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.

DZPZ-332-31KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

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

7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.

7.4. 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.

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

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

8. Do oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 2)
- Oświadczenie wykonawcy (zał. nr 3)
- Odpis z rejestru KRS
- Pełnomocnictwo

9. Zastrzeżenie wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 14 stron.

Monika Rurka - Pełnomocnik

Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Warszawa 10.04.2024

Miejsowość i data

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

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

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

DZPZ-332-31KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Krajowe Towarzystwo Gospodarcze Semigat Spółka Akcyjna

Siedziba: ul. Rakuszcza 11 lok. 318, 03-450 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: www.semigat.pl

Strona internetowa: semigat@semigat.pl

Numer telefonu: 0 (22) 619-86-13 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (22) 213-18-14

Numer REGON: 008052380

Numer NIP: 526-030-29-99

Nr rachunku rozliczeniowego mBank- 10 1140 2062 0000 5304 6300 1001

Godziny urzędowania 8:00-16:00

2. Dane dotyczące Zamawiającego

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

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej I parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymaganiami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł	Podatek VAT w zł	Stawka VAT %	Cena brutto zł
2	3110,00	715,30	23%	3825,30
4	6124,62	1408,66	23%	7533,28
5	3920,38	901,69	23%	4822,07
8	1700,00	391,00	23%	2091,00
10	396,00	91,08	23%	487,08

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

4. Oświadczam, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.

4.2 Dostawy przedmiotu zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SWZ przez Zamawiającego.

4.3 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

4.4 Okres gwarancji /ważności na oferowany produkt/ wynosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.

4.5 Reklamacje będą zakładowane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: 221213-18-14, semigat@semigat.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialnie za przygotowanie niniejszej oferty: Mała Uczyńska tel. kontaktowy 22619-71-49 mail: semigat@semigat.pl

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialnie za wykonanie zobowiązań umowy: Lidia Felczyk tel. kontaktowy 22619-86-13 mail: semigat@semigat.pl

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

Nazwisko, imię:

Stanowisko:

Telefon:

Fax:

DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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

7. Oświadczenie dotyczące dostawienia specyfikacji warunków zamówienia.

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

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

7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.

7.4. Oświadczamy, że związane 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.

7.5 Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty nie** będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od 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. Do oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

- Opis przedmiotu zamówienia – zał. nr 2
- Wydruk komputerowy formularza cenowego
- Oświadczenie Wykonawcy – zał. nr 3
- Zad. 5 poz. 1 - Deklaracja zgodności
- Zad. 5 poz. 1 - opis techniczny
- Wykaz dostarczonych próbek

9. Zastrzeżenie wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy:

.....

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

Władysław Krawczyk

Imiona i nazwiska osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy
Władysław Krawczyk
Data: 2024.04.09
142637 40200

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejsce i data Warszawa, 09.04.2024

* Nieoprotznie skreślić, wpisać nr zadania, dotyczy lub nie dotyczy - odpowiednio tip.

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

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

DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Informer Med Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Winogrody 118, 61-626 Poznań

Adres poczty elektronicznej: jankowska@informermed.eu

Strona internetowa: http://www.informermed.eu

Numer telefonu: 0 (61) 6643815 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (61) 61 6643819

Numer REGON: 639721294

Numer NIP: 719-20-99-241

Nr rachunku rozliczeniowego: 24 1050 1520 1000 0023 2817 1018

Godziny urzędowania: 8-16

2. Dane dotyczące Zamawiającego

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

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

NIP 739-29-54-943 Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł.
1	8726,00	820,48	8% i 23%	9546,48
2	4640,00	1067,20	23%	5707,20
3	5064,00	1164,72	23%	6228,72
4	9530,00	1066,90	8% i 23%	10596,90
5	3480,00	332,40	8% i 23%	3812,40
8	4400,00	1012,00	23%	5412,00
9	1140,00	91,20	8%	1231,20
10	1080,00	248,40	23%	1328,40
11	1550,00	366,50	23%	1906,50
15	720,00	165,60	23%	885,60

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

4. Oświadczam, że:

- Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.
- Dostawy przedmiotów zamówienia nie przekroczą terminów wymaganym w SWZ przez Zamawiającego.
- Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- Okres gwarancji kważności na oferowany produkt/ wynosć nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres: 61 6643819 ul. Winogrody 118 ; 61-626 Poznań

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Dominika Jankowska, tel. Kontaktowy: 61 6643815, mail: jankowska@informermed.eu
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Wojciech Szalacinski, tel. Kontaktowy: 61 6643853, mail: szalacinski@informermed.eu

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

Nazwisko i imię
Szanowisko
Telefon
Faks
Zakres do reprezentowania w postępowaniu - do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy do zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotyczące dostawienia specyfikacji warunków zamówienia

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

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

7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganym terminach.

7.4. 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.

7.5. 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. Do oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

- Opis przedmiotu zamówienia – zał. 2
- Oświadczenie zał. 3
- Pełnomocnictwo
- Deklaracje zgodności
- Oświadczenie dotyczące spełnienia norm
- Wykaz próbek

9. Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej-wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udektęnione*:

10. Inne informacje wykonawcy:

.....stron.

Dominika Jankowska – specjalista ds. zamówień publicznych

Imiona i nazwiska osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do
reprezentowania wykonawcy

miejsce i data, Poznań 09.04.2024r.

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

** jeżeli Oświadczanie ww jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy będzie prowadził do obowiązku podatkowego) wówczas ono powinno zawierać:

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

DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Załącznik Nr 1

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: STERIGAT SP. Z O. O.

Siedziba: UL. ZAŚCIANKOWA 50/1, 02-989 WARSZAWA

Do korespondencji: UL. Bukłowiecka 92/23, 03-983 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: dzietarci@sterigat.pl

Strona internetowa: www.sterigat.pl

Numer telefonu: 0 (48) 22 379 71 60 tel. kom. 691-220-480

Numer faksu: 0 (48) 22 379 71 61

Numer REGON: 142051830

Numer NIP: 9512295960

Nr rachunku rozliczeniowego 75 1600 1462 1868 8000 5000 0001

Godziny urzędowania 8:00-16:00

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie
Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn Regon 0002985680
NIP 739-29-54-843

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1. Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
4.	7 649,00 zł	818,77 zł	81,23 %	8 467,77 zł
8.	1 870,00 zł	430,10 zł	23 %	2 300,10 zł
11.	1 180,00 zł	94,40 zł	8 %	1 274,40 zł
12.	740,00 zł	59,20 zł	8 %	799,20 zł
13.	1 910,00 zł	152,80 zł	8 %	2 062,80 zł
15.	960,00 zł	220,80 zł	23 %	1 180,80 zł
RAZEM	14 309,00 zł	1 776,07 zł	81,23 %	16 085,07 zł

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

4. Oświadczam, że:

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.
- 4.2 Dostawy przedmiotu zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SWZ przez Zamawiającego.
- 4.3 Akceptuje termin płatności faktur określony w SWZ.
- 4.4 Okres gwarancji/ważności na oferowany produkt/y wynosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.
- 4.5 Reklamacje będą zakatowane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres : 0 (48) 22 379 71 61
UL. Bukłowiecka 92/23, 03-983 Warszawa

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Paulina Nowak – Kierownik DZP tel. kontaktowy 691-220-480 mail: dzietarci@sterigat.pl

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: DZPZ-332-31KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Julia Leoniak tel. kontaktowy (48) 22 379 71 60 mail: zamowienia@sterigat.pl

6. Reklamowanie w przypadku składania oferty w elektronicznej formie

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

7. Oświadczenie dotyczące postawienia specyfikacji warunków zamówienia

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

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

7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.

7.4. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunki zamówienia wymagania stawiane 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.

7.5. 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. Do oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

Załącznik 1, 2, 3, pełnomocnictwo, dokumenty produktowe itd.

9. Zastrzeżenia wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy:

.....

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikamistron.

Oferta składana elektronicznie*

PAULINA NOWAK

Imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

podpis elektroniczny

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejsce, data i data Warszawa, 09.04.2024 r.

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

**Jeżeli Oświadczenie ww jest o treści pozytywnej (!) wybór oferty wykonawcy będzie prowadził do powstania podatkowego wówczas ono powinno zawierać:

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

DZPZ-332-31KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Aesculap Chifa Sp. z o.o.

Siedziba: 64-300 Nowy Tomyśl, ul. Tyśiąclecia 14

Adres poczty elektronicznej: acp_zamowienia.publizacne@bbraun.com

Strona internetowa: www.bbraun.pl

Numer telefonu: 0 (61) 44 20 364 tel. kom.*

Numer faksu: 0 (.....) nie dotyczy

Numer REGON: 630002936

Numer NIP: 788-00-08-829

Nr rachunku rozliczeniowego BNP Paribas Bank Polska SA PL 07160014621877403090000001

Godziny urzędowania 7:00-15:00

2. Dane dotyczące Zamawiającego

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

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

NIP 739-28-54-843

Regon 000296580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-31KO/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
11	1 580,00	126,40	8 %	1 706,40

Wypisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypchniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty!

4. Oświadczam, że:

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w okresie wymaganym w SWZ.
- 4.2 Dostawy przedmiotów zamówienia nie przekroczą terminów wymaganych w SWZ przez Zamawiającego.
- 4.3 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
- 4.4 Okres gwarancji i ważności na oferowany produkt/y wyznosić nie mniej niż wymagany przez Zamawiającego w SWZ.
- 4.5 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji piśmie - nr faksu i adres tel : +48 61 44 20 300 / fax +48 61 44 20 282 / e-mail : ats.acp@bbraun.com

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Beata Zuchowska tel. Kontaktowy 61 44 20 299; 602 105 116 mail: acp_zamowienia.publizacne@bbraun.com
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Izabela Piassek tel. Kontaktowy 61 44 20 276 mail: chirurgia.acp@bbraun.com

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

Nazwisko, imię

Stanowisko

DZPZ-332-31KO-2024 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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 (y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- 7.2. Oświadczamy, że uwzględniamy (y) się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
- 7.3. Wykonamy zamówienie w wymaganych terminach.
- 7.4. 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.
- 7.5. 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. Do oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

Zgodnie z SWZ

9. Zastrzeżenia wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy:

.....

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami,stron.

Zgodnie z załączonymi pełnomocnictwami

Imiona i nazwiska osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejsce i data Nowy Tomyśl, 08.04.2024

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

- **Jeżeli Oświadczanie **wn** jest o treści pozytywnej tj: **wybor oferty wykonawcy będzie prowadził do powstania podatkowego obowiązku** o podawaniu **ono** powinnno zawierać:
 - potwierdzenie, iż wybór Twojej oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
 - wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (wskazując jednocześnie nazwę, która znalazła się później na fakturze),
 - wskazanie wartości tego towaru lub usługi bez kwoty podatku.

Podpis jest prawidłowy
Dokument podpisany przez Agnieszka
Chifa Sp. z o.o.
Data: 2024.04.08 11:17:17 CEST

DZPZ-332-31KO-2024

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie