

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Solventium Poland Sp. z o.o.
 Siedziba: ul. Kwirzyńska 6,
 51-416 Wrocław
 Adres poczty elektronicznej: Solventium_przetargi@solventium.com
 Strona internetowa: https://www.solventium.com/pl-pl/home/
 Numer telefonu: 9(---)..... tel. kom. 886288084*
 Numer REGON: 522468822
 Numer NIP: 5262914245
 Nr rachunku rozliczeniowego IBAN: PL8710301508000000823341002
 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
 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-332-29KO-2026, 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
12	8 176,00	768,08	8 % i 23 %	8 944,08

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 załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres Resolution@MEA@solventium.com

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty: Dorota Borowska tel. Kontaktowy 886288084 mail.: Solventium_przetargi@solventium.com
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Katarzyna Jagiello tel. Kontaktowy 48223979158 mail.: premiumcustomer.pl@solventium.com
- ▶ Osoba Wykonawcy, która upoważniona będzie do podpisania UMOWY w sprawie przedmiotowego zamówienia: Sławomir Muzioł – Prokurent

6. Reklamować 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:

DZPZ-332-29KO-2026 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

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/ posiadamy (y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uważamy/ 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 podatku od towarów i usług 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 nr dokumenty i oświadczenia:

Formularz cenowy

Pełnomocnictwo

KRS

Przedmiotowe środki dowodowe

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.

.....

.....

Imiona i nazwiska osób

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DZPZ-332-29KO-2026 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Załącznik Nr 1

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

Nazwa: DOBROMED Grzegorz Dobrowolski
 Siedziba: ul. Włsińska 27, 05-800 Pruszków
 Adres poczty elektronicznej: biuro@dobromed.pl
 Strona internetowa: www.dobromed.pl
 Numer telefonu: 0 (22) 758-66-98 tel. kom. 508-061-921
 Numer REGON: 140857491
 Numer NIP: 534-106-10-92
 Nr rachunku rozliczeniowego 12 1050 1924 1000 0023 1405 9458
 Godziny urzędowania 08:00-16:00

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie
 Adres siedziby: ul. Zohnerska 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-332-29KO-2026, 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
3.	33 390,00 zł	7 679,70 zł	23%	41 069,70 zł

Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypelniony 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 wymaganých 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 załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr telefonu i adres 508-061-921, a.michalska@dobromed.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Agnieszka Michalska tel. kontaktowy 508-061-921 mail: a.michalska@dobromed.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Agnieszka Michalska tel. kontaktowy 508-061-921 mail: a.michalska@dobromed.pl
- ▶ Osoba Wykonawcy, która upoważniona będzie do podpisania UMOWY w sprawie przedmiotowego zamówienia: Grzegorz Dobrowolski - Dyrektor

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

Nazwisko, imię
 Stanowisko
 Telefon Fax
 Zakres: do reprezentowania w postępowaniu w postępowaniu i zawarcia umowy; do

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

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosząc żadnych zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- 7.2. Oświadczamy, że uważamy 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 nw dokumenty i oświadczenia:

1. Załącznik 2 do SWZ – Opis przedmiotu zamówienia
2. Załącznik 3 do SWZ – Oświadczenie z art. 125 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

9. Zastrzeżenie wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy:**11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 8 stron.**

Grzegorz Dobrowolski - Dyrektor



Signed by /
 Podpisano przez:
 Grzegorz Maciej
 Dobrowolski
 Date / Data: 2026-
 04-28 08:30

Imiona i nazwiska osób
 uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do
 reprezentowania wykonawcy

miejscowość i data Pruszków, 28.04.2026

* 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 podatku - wstąpi) wówczas ora 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 usług bez kwoty podatku.

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: CitoNet – Pomorski Sp. z o.o. - Lider/ Toruńskie Zakłady Materiałów Opatunkowych S.A. - członek

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

Adres poczty elektronicznej: ania.balicka@tzmo-global.comStrona internetowa: www.tzmo-global.com

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

Numer REGON: 330490477/870514656

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

Nr rachunku rozliczeniowego 05 1090 1506 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. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn

Regon 000295580

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-332-29KO-2026, 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
5	21 079,00	1 686,32	8%	22 765,32
6	29 310,77	2 344,86	8%	31 655,63

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 zainicjowane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 56 612 39 99, elzbieta.tulodziecka@tzmo-global.com

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@tzmo-global.com
 ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Katarzyna Puk tel. Kontaktowy 56 612 32 09 mail, bod.matopat@tzmo-global.com
 ▶ Osoba Wykonawcy, która upoważniona będzie do podpisania UMOWY w sprawie przedmiotowego zamówienia: Anna Balicka – Pełnomocnik

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /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-332-29KO-2026

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

de-zawarcia-umowy7. 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 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 w 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 wypełnieniem obowiązku 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~~ i oświadczenia:

f. cenowy, informacja o konsorcjum, oświadczenie zał. 3, dokumenty przedmiotowe, pełnomocnictwa, uzasadnienie dot. dokumentów tajnych, wniosek, dokumenty tajne

9. Zastrzeżenia wykonawcy

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

..... dokumenty tajne

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

.....
 miejscowość i data Toruń, 24.04.2026

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

** Jeżeli Oświadczenie nie jest o treści przytoczonej (tj. wybór oferty wykonawcy ~~zakończ~~ prowadził obowiązek podatkowy) wówczas ono powinno zawierać:

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

DZPZ-332-29KO-2026

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Krajowe Towarzystwo Gospodarcze Semigat Spółka Akcyjna

Siedziba: ul. Ratuszowa 11 lok. 318

03-450 Warszawa

Adres poczty elektronicznej: semigat@semigat.pl

Strona internetowa: www.semigat.pl

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

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. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-64-843 Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-29KO-2026, 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
2	1188,00	273,24	23%	1461,24
4	3641,54	837,55	23%	4479,09
7	782,00	179,86	23%	961,86

N/wpisac kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanymi danymi 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 załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr-faxu i adres e-mail: semigat@semigat.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▲ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Maja Uczyńska tel. kontaktowy 22/619-71-49 mail: semigat@semigat.pl
- ▲ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Dorota Kowalska tel. kontaktowy 22/619-86-13 mail: semigat@semigat.pl
- ▲ Osoba Wykonawcy, która upoważniona będzie do podpisania UMOWY w sprawie przedmiotowego zamówienia: Władysław Krawczyk – Dyrektor Zarządu

6. Pełnomocnik w sprawie przedmiotu zamówienia: ~~Władysław Krawczyk – Dyrektor Zarządu~~
Nazwisko, imię
Stanowisko

DZPZ-332-29KO-2026

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

Telefon

Fax

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 /nie posiadamy informacji do przygotowania oferty.

7.2. Oświadczamy, że uwazamy /nie uwazamy/ 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^o 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 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.

8. Do oferty załączam nr dokumenty i oświadczenia:

1. Opis przedmiotu zamówienia - zał. nr 2
2. Wydruk komputerowy formularza cenowego
3. Oświadczenie Wykonawcy - zał. nr 3
4. Dokumenty do zaoferowanych produktów
5. Wykaz dostarczonych próbek

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.

Władysław Krawczyk – Dyrektor Zarządu

Imiona i nazwiska osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcyElektronicznie
podpisany przez
Władysław Krawczyk
Data: 2026.04.27
1339506-492007
KrawczykCzytelne podpisy osób uprawnionych do
reprezentowania wykonawcy

miejscowości i data Warszawa, 27.04.2026

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

** Jeżeli Chciwładzenie ww jest o treści pozytywnej (tj. wybór oferty wykonawcy będzie prowadził do obowiązku podatkowego) w/w tabeli - ono powinno zawierać:

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

DZPZ-332-29KO-2026

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: AMED Biuro Techniczno-Handlowe Andrzej Abramczyk

Siedziba:

ul. Umieńskiego 3/8, 03-984 Warszawa,

adres biura i do korespondencji: ul. Słowikowskiego 39, 05-090 Raszyn

handlowy@amed.pl

Adres poczty elektronicznej:

www.amed.pl

Strona internetowa:

0 (22) 715-71-86 tel. kom.

Numer telefonu:

006236011

Numer REGON:

113-001-75-31

Numer NIP:

11 1240 1053 1111 0000 0441 0180

Nr rachunku rozliczeniowego

8-16

Godziny urzędowania

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 Materiały i narzędzia do wykonywania sterylizacji gazowej i parowej Nr sprawy: DZPZ-332-29KO-2026, 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	32 241,00 zł	7 415,43 zł	23%	39 656,43 zł
11	665,00 zł	53,20 zł	8%	718,20 zł
14	1680,00 zł	386,40 zł	23%	2066,40 zł

Wypisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i doliczyć 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 załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 22 715-71-90, biuro@amed.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : Ewa Barańska tel. kontaktowy 22 715-71-86 mail: handlowy@amed.pl
- ▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: Piotr Bedrzycki, Bartłomiej Perzyna tel. kontaktowy 22 715-71-86 mail: logistyka@amed.pl
- ▶ Osoba Wykonawcy, która upoważniona będzie do podpisania UMOWY w sprawie przedmiotowego zamówienia: Andrzej Abramczyk – Dyrektor/Właściciel

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

Nazwisko – imię

Stanowisko

DZPZ-332-29KO-2026

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.

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 uwzględni(y) się za związanych z ofertą przez czas wskazywany 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 nw dokumenty i oświadczenia:

Opz – załącznik nr 2

Oświadczenie o zgodności testu z normą – Zadanie nr 1, pozycja 1

Oświadczenie – załącznik nr 3

Pełnomocnictwo

9. Zastrzeżenia wykonawcy

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

10. Inne informacje wykonawcy:

11. Oferta zawiera, łącznie z załącznikami 16 stron.

Ewa Barańska

Imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejscowość i data Raszyn, 27.04.2026 r.

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

** Jeśli Oświadczenie ww jest o treści pozytywnej (!), wybór oferty wykonawcy będzie przeważał obowiązkowo (podatkowego) wówczas ono powinno zwyciężyć.

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

DZPZ-332-29KO-2026

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

2