

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

I. DANE WYKONAWCY	
Nazwa i siedziba Wykonawcy*)	<p><i>Lohmann & Rauscher Polska sp. z o.o.</i></p> <p><i>ul: Moniuszki 14</i></p> <p><i>kod: 95-200</i></p> <p><i>miejsowość: Pabianice</i></p>
Kategoria przedsiębiorstwa	<p>- mikroprzedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie</p> <p>- małym przedsiębiorcą <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>- średnim przedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie</p> <p>- dużym przedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie</p> <p>- inne : (wskazać).....</p> <p><i>zgodnie z definicją MŚP (małe i średnie przedsiębiorstwa) o której mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r., załącznik nr I do Rozporządzenia, art. 2.</i></p>
Forma prowadzonej działalności/ nr KRS- <i>jeżeli dotyczy</i>	<i>Spółka z o.o./ 0000396733</i>
<p><i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)</i></p> <p>Wykonawca informuje, iż odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej można pobrać ze strony internetowej https://ems.ms.gov.pl/krs</p>	
*) w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>ul:</i></p> <p><i>kod:</i></p> <p><i>miejsowość:</i></p>
NIP	<i>5252517202</i>
REGON	<i>145818685</i>
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby)	<p><i>ul: j.w.</i></p> <p><i>kod:</i></p> <p><i>miejsowość:</i></p>
Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym	<i>Izabella Nitek</i>

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem	e- mail: izabella.nitek@pl.lrmed.com fax: 42-225-93-99 tel.: 42-225-93-90
---	---

II. Dane dotyczące Zamawiającego

Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.
ul. Wojska Polskiego 52
66-235 Torzym

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: „**Dostawa materiałów opatrunkowych, pieluchomajtek i środków ochrony osobistej do pracowni cytostatyków**”, Numer sprawy: **382.DN.3.2023** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

Cena oferty w zakresie:

Zadanie nr 5

netto cyfrowo	kwota VAT cyfrowo	brutto cyfrowo	termin dostawy (należy podać jeden z poniższych): do 3 dni roboczych / do 5 dni roboczych / do 7 dni roboczych od momentu złożenia zamówienia
5047,50	403,80	5451,30	Do 3 dni roboczych

cena netto słownie: pięć tysięcy czterdzieści siedem 50/100 zł)

podatek VAT słownie czterysta trzy 80/100 zł

cena brutto słownie: pięć tysięcy czterysta pięćdziesiąt jeden 30/100 zł)

Oświadczam, że:

Akceptuję termin płatności: 30 dni

Okres gwarancji (wyrażony w liczbie miesięcy): 12 miesięcy od momentu dostarczenia przedmiotu umowy.

Reklamacje będą załatwiane w terminie: 7 dni.

- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji: fax 42-225-93-99/ mail: karolina.szymczak@pl.lrmed.com

- załatwienie wykonania reklamacji: w uzasadnionych przypadkach wymiana towaru na nowy

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Karolina Szymczak, tel. kontaktowy, faks: 42-225-93-90/ 42-225-93-99, zakres odpowiedzialności-
nadzór nad realizacją postanowień umowy

..... tel. kontaktowy, faks:
zakres odpowiedzialności

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- do reprezentowania w postępowaniu
- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy
- do zawarcia umowy

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia postanowienia projektu 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.
4. Oświadczamy, że nie wprowadziliśmy do załączonych do SWZ formularzy żadnych modyfikacji, poza ich wypełnieniem w miejscach do tego przeznaczonych.
5. Oświadczamy, że oferowane przez nas w niniejszej ofercie produkty spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w zakresie parametrów/ właściwości.
6. Oświadczamy, że oferowane przez nas w niniejszej ofercie produkty spełniają wszystkie wymagania określone dla wyrobów medycznych a wynikające z przepisów prawa:
 - a) ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022 poz. 974),
 - b) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu kwalifikacji wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 215, poz. 1416)
 - c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz.U. 2016 poz. 211)
 - d) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie Dz.U. 2019 poz. 1267

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:
Wykaz w załączeniu

.....

Zastrzeżenie wykonawcy

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

.....
.....

Inne informacje wykonawcy :

.....
.....

Oświadczamy, że

Dostawy objęte przedmiotowym zamówieniem zamierzam wykonać samodzielnie/ wykonać przy udziale podwykonawców*).

****) Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy z podwykonawcami:**

- 1)w zakresiena
kwotę nettoplus VAT ... %
- 2)w zakresiena
kwotę nettoplus VAT ...%

**) wybrać odpowiednio*

***) wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców*

W przypadku braku podania informacji na temat podwykonawcy/ów Zamawiający uzna, że wykonawca całość zamówienia wykona sam – bez udziału podwykonawców.

Informuję, że:

wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.

~~wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług:~~

.....

.....

.....,

~~których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u zamawiającego to:~~

.....

..... ~~zł. netto~~*

** skreślić niepotrzebne

.....

podpis wykonawcy)