

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy¹: Endomedical GmbH

Siedziba Wykonawcy: 21481 Lauenburg, woj. Szlezwik Holsztyn

REGON: DE 814005581 NIP: HRB 1434

Wykonawca wpisany do Rejestru -----

pod Nr -----

Telefon kontaktowy 668 002 501 e-mail: k.krzyzek@endomedical.de

Osoba/y, które będą podpisywać umowę Katarzyna Krzyżek - pełnomocnik

Osoba/osoby wpisane w dokumencie rejestracyjnym firmy uprawniona/ne do reprezentowania firmy:

Marc Urbschat właściciel

Zamawiający: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o. o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno,

Nr postępowania: ZP/10/24

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pn.: „**Usługi serwisowe okresowych przeglądów technicznych, konserwacji i naprawy aparatury i sprzętu medycznego**” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, w podziale na poszczególne Pakiety:

Pakiet Nr 21c - wartość netto 1.650,00 zł, wartość brutto: 1.782,00 zł **

1. Oświadczamy, że kwota za jedną roboczogodzinę wynosi:
kwota netto: 150,00 zł, kwota brutto: 162,00 zł.
2. Czas przystąpienia do usuwania awarii (usterki) od momentu otrzymania zgłoszenia do momentu przyjazdu do obiektu i przystąpienia do rozpoczęcia naprawy wynosi **6 godzin**.
UWAGA: należy wskazać w godzinach oferowany czas reakcji na zgłoszoną awarię(usterkę).
3. Wyrażamy zgodę na termin płatności: **45 dni (45 dni/60 dni)***** od dnia przedłożenia prawidłowej pod względem księgowym i finansowym faktury VAT w siedzibie Zamawiającego.
4. **OŚWIADCZAMY, że:**
 - 1) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania;
 - 2) przedmiot zamówienia wykonamy na swój koszt i ryzyko;
 - 3) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
 - 4) zamierzamy / ~~nie zamierzamy*~~ **(UWAGA: niepotrzebne skreślić)** powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom*:

Lp.	Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez Podwykonawcę	Nazwa Podwykonawcy
-----	---	--------------------

* niepotrzebne skreślić.

** wypełnić tylko w zakresie składanej oferty

*** wpisać termin płatności

¹ w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

Uwaga niezaznaczenie przez wykonawcę powyższej informacji i nie wypełnienie tabeli rozumiane będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, że Wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia Podwykonawcy.

- 5) zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostały zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 6) wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO² wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu³.

6. **OŚWIADCZAMY**, że wybór naszej oferty*: **(UWAGA: niepotrzebne skreślić)**

~~nie będzie~~ prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106)

będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106), wobec czego wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku:

Lp.	Nazwy (rodzaje) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego	Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku	Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie
	Przeeglądy i naprawy	1.650,00 zł	8%

Uwaga: niezaznaczenie przez wykonawcę powyższej informacji i nie wypełnienie tabeli rozumiane będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, że wybór oferty wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

7. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko	Katarzyna Krzyżek pełnomocnik
Adres	Ul. Marii Kazimiery 18/142, 01-641 Warszawa
Telefon	668 002 501
e-mail	k.krzyzek@endomedical.de

8. Oferta została złożona w 2 plikach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr 7 .

* niepotrzebne skreślić

² rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

³ w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

9. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku nr pod nazwą stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2020 r., poz. 1913, tj. ze zm.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa znajduje się w pliku pn.

10. Rodzaj Wykonawcy: oświadczamy, iż należymy do następującej kategorii wykonawców:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| a) Mikroprzedsiębiorstw | <input type="checkbox"/> |
| b) małych przedsiębiorstw | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c) średnich przedsiębiorstw..... | <input type="checkbox"/> |
| d) jednoosobowa działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> |
| e) osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/> |
| f) inny rodzaj..... | <input type="checkbox"/> |

(zaznaczyć właściwe – w przypadku braku zaznaczenia którejkolwiek odpowiedzi Zamawiający będzie przyjmował, iż Wykonawca należy do kategorii mikroprzedsiębiorstw – Zamawiający wymaga udzielenie odpowiedzi na niniejsze pytanie ze względów na konieczność przekazywania informacji w tym zakresie Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych)

11. Załącznikami do oferty, stanowiącymi jej integralną część, są:

1. Formularz ofertowy
2. Formularz cenowy
3. Załącznik numer 3
4. Pełnomocnictwo

Pakiet 21c sprzęt endoskopowy

Lp	Nr paszportu	Nazwa urządzenia	Typ sprzętu/model	Producent	Nr seryjny /fabryczny	Rok produkcji	Użytkownik	Data przeglądu	Cena netto za przegląd za 1 szt. sprzętu	VAT w %	Wartość brutto
1	171	Video Bronchoskop	BF-1T160	Olympus	2512886	2005	Wew.II	08.2024	450,00 zł	8%	486,00 zł
2	172	Monitor	OEV-202	Olympus	1600390	2005	Wew.II	08.2024	250,00 zł	8%	270,00 zł
3	173	Videoprocessor	CV 140	Olympus	7712652	2005	Wew.II	08.2024	400,00 zł	8%	432,00 zł
4	174	Źródło światła	CLV-U40	Olympus	7703309	2005	Wew.II	08.2024	400,00 zł	8%	432,00 zł
5	175	Wózek	WM-30	Olympus	7706816	2005	Wew.II	08.2024	150,00 zł	8%	162,00 zł
	X	X	X	X	X	X	X	X	1.650,00 zł	X	1.782,00 zł

Nr postępowania: **ZP/10/24**

Zamawiający:

„Kutnowski Szpital Samorządowy”
Spółka z o.o.

ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

NIP: 7752631681, REGON: 100974785

Wykonawca¹:

Endomedical GmbH

Juliusburger Landstrasse 16a

21481 Lauenburg

DE 814005581

HrB 1434SB

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

Marc Urbschat właściciel

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy/Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2023.1605 t.j. z dnia 2023.08.14 ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp), dotyczące:

PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA
ORAZ
SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez „**Kutnowski Szpital Samorządowy**” Sp. z o.o. pn.: „**Usługi serwisowe okresowych przeglądów technicznych, konserwacji i naprawy aparatury i sprzętu medycznego**”

Oświadczam/(-my), co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA:

- 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. 2022, poz. 835)*.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.*
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.*
- Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 ustawy Pzp, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze*:

.....
.....
Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) www.handelsregister.de

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

2)

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

1 - w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie (np. konsorcjum, spółka cywilna tj. wspólnicy spółki cywilnej), każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie składa niniejsze oświadczenie (w przypadku spółki cywilnej należy złożyć niniejsze oświadczenie w odniesieniu do każdego wspólnika spółki cywilnej oddzielnie). Oświadczenie to potwierdza brak podstaw wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim każdy z wykonawców wskazuje spełnienie warunków udziału w postępowaniu.

Uwaga: Zgodnie z art. 117 ust. 3 ustawy Pzp w odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia mogą polegać na zdolnościach tych z wykonawców, którzy wykonują roboty budowlane lub usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane. **Dalej zgodnie z art. 117 ust. 4 ustawy Pzp Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia dołączają do oferty oświadczenie, z którego wynika, które roboty budowlane, dostawy lub usługi wykonają poszczególni wykonawcy.**

* niepotrzebne skreślić



ENDOMEDICAL

ENDOSKOPE • ULTRASCHALL • SERVICE

Endomedical GmbH • Juliusburger Landstr. 16a • 21481 Lauenburg

Tłumaczenie z języka niemieckiego na język polski

Pełnomocnictwo

01.01.2020

niniejszym upoważniam Panią Katarzynę Krzyżek urodzoną 28.08.1972 r. zamieszkałą w Warszawie ul. Marii Kazimiery 18/142 do reprezentowania mnie we wszystkich czynnościach prawnych dotyczących udziału w przetargach na usługi, sprzedaż, przegląd, naprawy urządzeń medycznych, endoskopy, głowice ultrasonograficzne w imieniu firmy Endomedical GmbH z siedzibą w Lauenburgu/Elbe 21481 przy ulicy Juliusburger Landstrasse 16 a zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym Lübeck pod numerem HRB 1434.

Pełnomocnik jest uprawniony do prowadzenia czynności prawnych i działań prawnych, które wobec mnie i przeciwko mnie będą prowadzone albo wobec których ustawa wymaga zajęcia stanowiska.

Mój pełnomocnik jest uprawniony do udzielenia pełnomocnictwa dla pojedynczych jak i kompleksowych czynności prawnych z wyłączeniem ograniczeń wynikających z § 181 KC.

On sam jest z ograniczeń wynikających z § 181 KC zwolniony.

Pełnomocnictwo nie wygasa z chwilą śmierci udzielającego pełnomocnictwa.

Wygasa z chwilą jego odwołania przeze mnie lub moich spadkobierców. Pełnomocnictwo może zostać w każdej chwili cofnięte.

Wewnętrznie ustalono, że pełnomocnik może dokonywać dyspozycji do łącznej wartości 60.000,00 EURO po wcześniejszej mojej akceptacji.

Wobec osób trzecich pełnomocnictwo jest nieograniczone.

Endomedical GmbH
Juliusburger Landstr. 16a
21481 Lauenburg

Geschäftsführer: Marc Urbschat
Amtsgericht Lübeck HRB1434SB
USt-IDNr.: DE814005581

Raiffeisenbank eG Lauenburg
BLZ: 230 631 29
Kto.: 445568
IBAN DE84230631290000445568
BIC GENODEF1RLB

Fon: +49(0)41 53/59 81 97
Fax: +49(0)41 53/59 81 99
Mobil: +49(0)177 570 53 13
Web: www.endomedical.de
Email: info@endomedical.de

