

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

I. DANE WYKONAWCY	
Nazwa i siedziba Wykonawcy*)	<i>Bialmed Sp. z o.o.</i> <i>ul: Kazimierzowska 46/48/35</i> <i>kod: 02-546</i> <i>miejsowość: Warszawa</i>
Kategoria przedsiębiorstwa	- mikroprzedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie - małym przedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie - średnim przedsiębiorcą <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - dużym przedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie - inne : (wskazać)..... <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>
Forma prowadzonej działalności/ nr KRS- <i>jeżeli dotyczy</i>	<i>KRS: 0000025915</i>
<p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) <a href="https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/index.html">https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/index.html</a></p> <p>Wykonawca informuje, iż odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej można pobrać ze strony internetowej .....</p>	
*) w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera	..... ..... <i>ul: .....</i> <i>kod: .....</i> <i>miejsowość: .....</i>
NIP	<i>849-00-00-039</i>
REGON	<i>790003564</i>
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby)	<i>ul: płk. Leona Silickiego 1</i> <i>kod: 12-200</i> <i>miejsowość: Pisz</i>
Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym	<i>Wioletta Waśkiewicz</i>

<b>Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem</b>	e- mail: dzp@bialmed.pl fax: 87 424 11 61 tel.: 87 424 11 75
---	--

## 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 8

<b>netto cyfrowo</b>	<b>kwota VAT cyfrowo</b>	<b>brutto cyfrowo</b>	<b>termin dostawy</b> (należy podać jeden z poniższych): do 3 dni roboczych / do 5 dni roboczych / do 7 dni roboczych od momentu złożenia zamówienia
124 788,50	6 657,03	131 445,53	Do 3 dni roboczych

cena netto słownie: sto dwadzieścia cztery tysiące siedemset osiemdziesiąt osiem zł 50/100)

podatek VAT słownie sześć tysięcy sześćset pięćdziesiąt siedem zł 03/100

cena brutto słownie: sto trzydzieści jeden tysięcy czterysta czterdzieści pięć zł 53/100)

### 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: bok@bialmed.pl

- załatwienie wykonania reklamacji: wymiana towaru na wolny od wad

### Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Katarzyna Sadowska tel. kontaktowy, faks: 87 424 11 88 / 87 424 11 85 zakres odpowiedzialności  
Specjalista ds. sprzedaży 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:

1. Formularz asortymentowo-cenowy
2. Formularz ofertowy
3. Pełnomocnictwo
4. Wniosek o udostępnienie ofert
5. Oświadczenie – Załącznik nr 3 do SWZ

### **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 zakresie .....na  
kwotę ..... netto .....plus VAT ... %
- 2) .....w zakresie .....na  
kwotę ..... netto .....plus 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)