

**Hagmed Sp. z o.o. Sp. k.**  
**ul. Tomaszowska 32**  
**96-200 Rawa Mazowiecka**  
**Tel. 46 814 44 29 Faks 46 811 21 25**  
**e-mail: [handlowy@hagmed.com](mailto:handlowy@hagmed.com)**  
**NIP 835-000-33-68 REGON 005285326**  
**KRS 0000735041**

Załącznik Nr 1 do SWZ nr DZP/22/2024

Rawa Maz., dnia 09.05.2024 r.  
(miejscowość)

(dane Wykonawcy)

## Formularz ofertowy

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn. „Dostawa sprzętu medycznego jedno i wielorazowego użytku przez okres 24 miesięcy - cz. 2” dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, które przekazane zostało zgodnie z art. 130 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej w dniu 03.04.2024r., i opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu 05.04.2024r., pod nr 201448-2024 oraz zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego i na platformie zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wlclawek> w dniu 05.04.2024r., zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę.

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

### Część nr 18

Łączna wartość netto: **8.000,00 PLN** (słownie: **osiem tysięcy 00/100 PLN**)

Łączna wartość brutto: **8.640,20 PLN** (słownie: **osiem tysięcy sześćset czterdzieści 00/100 PLN**)

Oferujemy **2** (maksymalnie 5 dni roboczych) – **dniowy termin dostawy** liczony od dnia złożenia zamówienia w formie e-mailowej.

Oświadczamy, że przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w SWZ oraz w załącznikach od nr 2.1 do 2.33 niniejszej SWZ.

### Oświadczamy, że:

1. Pozostajemy związani niniejszą ofertą przez okres 90 dni (liczone od dnia upływu terminu składania ofert, przy czym pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert).
2. Projekt umowy stanowiący załącznik do niniejszej SWZ został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na proponowanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. **Jesteśmy** / ~~nie jesteśmy~~ płatnikiem podatku od towaru i usług (VAT) NIP 835-000-33-68
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz wszystkimi jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz otrzymaliśmy od Zamawiającego niezbędne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że wybór naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*:

### **X NIE**

☐ TAK, w związku z tym przedstawiamy informacje dotyczące:

- nazwy (rodzaj) towaru, którego dostawa będzie prowadziła do powstania obowiązku podatkowego: .....
- wartości towaru objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku: .....
- stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie: .....

(w przypadku braku wypełnienia powyższych informacji, w tym braku zaznaczenia odpowiedzi TAK/NIE Zamawiający uzna, że wybór oferty wykonawcy nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego)

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.

7. Wskazuję części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom, i podaję nazwy albo firmy podwykonawców: **nie dotyczy**
8. Podaję nazwy (firmy) Podwykonawców, na których zasoby powołuje się na zasadach określonych w art. 118-123 uPzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, **nie dotyczy**
9. Adres poczty elektronicznej do korespondencji: [handlowy@hagmed.com](mailto:handlowy@hagmed.com)

10. Wykonawca jest\*:

☐ mikroprzedsiębiorstwem

☐ małym przedsiębiorstwem

☒ średnim przedsiębiorstwem

☐ jednoosobowa działalność gospodarcza

☐ osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej

☐ inny rodzaj

\* zaznaczyć właściwe

11. Wadium wniesione w innej formie niż pieniężna należy przesłać na adres e-mailowy GWARANTA: **Nie dotyczy**

Osoby do kontaktów z Zamawiającym :

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

1. **Monika Sypniewska** tel. kontaktowy **46 814 44 29**, faks: **46 811 21 25**, e-mail: [handlowy@hagmed.com](mailto:handlowy@hagmed.com) , zakres odpowiedzialności **realizacja postanowień umowy**

\* Niewłaściwe skreślić