

382.DN.5.2023

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

I. DANE WYKONAWCY	
Nazwa i siedziba Wykonawcy*)	<i>ResMed Polska Sp. z o.o.</i> <i>ul: Przyokopowa 26</i> <i>kod: 01-208</i> <i>miejsowość: Warszawa</i>
Czy wykonawca jest: <input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwem, <input checked="" type="checkbox"/> małym przedsiębiorstwem, <input type="checkbox"/> średnim przedsiębiorstwem, <input type="checkbox"/> jednoosobową działalność gospodarczą, <input type="checkbox"/> osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, <input type="checkbox"/> inny rodzaj *właściwe zaznaczyć	
Forma prowadzonej działalności/ nr KRS- <i>jeżeli dotyczy</i>	<i>KRS: 0000398211</i>
Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) https://ekrs.ms.gov.pl/ , KRS Wykonawca informuje, iż odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej można pobrać ze strony internetowej https://ekrs.ms.gov.pl/	
*) w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera <i>ul:</i> <i>kod:</i> <i>miejsowość:</i>
NIP	<i>5272667838</i>
REGON	<i>145839380</i>
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby)	<i>ul:</i> <i>kod:</i> <i>miejsowość:</i>
Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym	<i>Katarzyna Markowska – CS & Public Procurement Specialist</i>

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem	e- mail: biuro@resmed.com fax: tel.: 668 662 838
---	--

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 sprzętu medycznego jednorazowego użytku i drobnego sprzętu medycznego**, Numer sprawy: **382.DN.5.2023** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

Zadanie nr 20

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
11 693,80 zł	935,50 zł	12 629,28 zł	Do 3 dni roboczych

cena netto słownie: jedenaście tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt trzy złote 80/100 zł)

podatek VAT słownie dziewięćset trzydzieści pięć złotych 50/100 zł

cena brutto słownie: dwanaście tysięcy sześćset dwadzieścia dziewięć złotych 28/100 zł)

Zadanie nr 23

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
34 264,10 zł	3 586,03 zł	37 850,13 zł	Do 3 dni roboczych

cena netto słownie: trzydzieści cztery tysiące dwieście sześćdziesiąt cztery złote 10/100 zł)

podatek VAT słownie trzy tysiące pięćset osiemdziesiąt sześć złotych 03/100 zł

cena brutto słownie: trzydzieści siedem tysięcy osiemset pięćdziesiąt złotych 13/100 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: reklamacje@resmed.com

(maski, akcesoria), serwis@resmed.com (urządzenia)

- załatwienie wykonania reklamacji: Medical Consultant / Pracownik Działu Serwisu

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

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

Paweł Marciniak tel. kontaktowy 668 099 229 , faks: zakres odpowiedzialności: kwestie merytoryczne

Katarzyna Markowska tel. kontaktowy 668 662 838, faks:zakres odpowiedzialności: kwestie formalne, podpisanie umowy

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej: nie dotyczy

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.

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

1. Formularz cenowy
2. Oświadczenie wstępne Wykonawcy – załącznik nr 3
3. Oświadczenie Wykonawcy o oferowanych wyrobach medycznych – załącznik nr 6
4. Pełnomocnictwo

Zastrzeżenie wykonawcy

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

.....nie dotyczy.....
.....

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

23.06.2023 r.
(data i czytelny podpis wykonawcy)