

FORMULARZ OFERTY

Dot. zakup i dostawa opatrunków podstawowych, opatrunków specjalistycznych i opatrunków hemostatycznych oraz wyrobów medycznych dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

1. Dane Wykonawcy:

MEDIMAX MONIKA MAZURKIEWICZ

ul. ...STAREGO DĘBU 12/6. kod pocztowy, miasto 31-355 KRAKÓW

województwo.....MAŁOPOLSKIE kraj.....POLSKA.

REGON ...120743320 NIP ...677-140-26-04

tel. ...668 276 672 e-mail ...BIURO@MEDI-MAX.COM.PL

~~Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego* przez Sąd Rejonowy~~
~~..... Wydział~~

~~pod numerem KRS:, kapitał zakładowy:~~

Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*

** niepotrzebne skreślić*

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

MONIKA MAZURKIEWICZ - WŁAŚCICIEL

(imię, nazwisko, stanowisko)

Imię i nazwisko oraz nr tel. kontaktowego do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty:

MONIKA MAZURKIEWICZ - TEL. 668 276 672

~~2. Dane Wykonawcy:~~~~.....~~~~ul. kod pocztowy, miasto~~~~województwo.....~~~~kraj.....~~~~REGON NIP tel. e-mail~~~~.....~~

** w przypadku potrzeby powielić liczbę wierszy dotyczących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym tj.:

Pakiet nr 1**Wartość zamówienia podstawowego:**

netto ...82.013,10. zł.

+ VAT6.561,05 zł

brutto ...88.574,15 zł., słownie: .osiemdziesiąt osiem tysięcy pięćset siedemdziesiąt cztery zł. 15/100

Wartość – ZAKRES OPCJONALNY:

netto41.006,55 zł.

+ VAT3.280,52 zł

brutto 44.287,07 zł., słownie: czterdzieści cztery tysiące dwieście osiemdziesiąt siedem zł. 07/100

MAKSYMALNA WARTOŚĆ (WRAZ Z OPCJĄ).

netto123.019,65 zł.

+ VAT ...9.841,57 zł

brutto132.861,22 zł., słownie: .sto trzydzieści dwa tysiące osiemset sześćdziesiąt jeden zł. 22/100

Termin płatności - przelew do /min. 30 – max 60 dni/45..... dni od daty wystawienia faktury

2. Oświadczamy, że podane w ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji Umowy.
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia jest oznaczony znakiem CE, posiada deklaracje CE lub inne dokumenty równoważne oraz jest dopuszczony do obrotu i stosowania w Polsce zgodnie z obowiązującymi Dyrektywami i wymaganiami ustawy o wyrobach medycznych.
5. Oświadczamy, że:
 - a. wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*,
 - b. ~~wyбір oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku*:~~

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi	Wartość netto towaru lub usługi
1.		
2.		

*** niepotrzebne skreślić**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją dotyczącą niniejszego postępowania, uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia publicznego oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń.

Jednocześnie uznajemy się za związanych określonymi w dokumentacji postępowania wymaganiami i zasadami postępowania i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z określonymi warunkami.

7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres określony w SWZ.
8. Oświadczamy, że wzór umowy oraz zawarte w nim warunki realizacji, w tym terminy wykonania zamówienia i warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.
9. Oświadczamy, iż w przypadku uzyskania zamówienia:
 - a. całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi*,
 - b. ~~zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia*:-~~

(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazw /firmy podwykonawców oraz zakres powierzonych im zadań)

*** niepotrzebne skreślić**

10. Wielkość przedsiębiorstwa:

Mikroprzedsiębiorstwo	Małe przedsiębiorstwo	Średnie Przedsiębiorstwo	Duże przedsiębiorstwo
X			
Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”			

11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu².
12. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia jest: MAGDALENA BALAWENDER
nr telefonu: 666-356-909 e-mail: BIURO@MEDI-MAX.COM.PL

¹ 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)

² 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)