

IZP.2411.62.2025.AJ

Załącznik nr 1 do SWZ

FORMULARZ OFERTY

Dot. postępowania na zakup i dostawa sprzętu medycznego.

1. Dane Wykonawcy:

P.H.U. ProMedical Arkadiusz Kułak

Sopotnia Mała 475, kod pocztowy 34-340, miasto Jeleśnia

Województwo śląskie kraj Polska

REGON 241572959 NIP 8181360432

tel. 517703700 e-mail biuro@promedical.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:

Arkadiusz Kułak - Właściciel

(imię, nazwisko, stanowisko)

Imię i nazwisko oraz nr tel. kontaktowego do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: Arkadiusz Kułak, tel. 517703700

2. Dane Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie:

.....
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.:

Zadanie nr 1: Ultrasonograf – 1 szt.

nettoNIE DOTYCZY..... zł.

+ VAT

brutto zł.

słownie.....

Zadanie nr 2: EKG wraz z wyposażeniem i integracją z systemami HIS – 3 szt.

netto NIE DOTYCZY..... zł.

+ VAT

brutto zł.

słownie.....

Zadanie nr 3: Fotel ginekologiczny – 1 szt.

netto 27 750,00 zł.

+ VAT 2 220,00

brutto 29 970,00 zł.

Słownie: dwadzieścia dziewięć tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt złotych 00/100

Zadanie nr 4: Monitor parametrów życiowych pacjenta z wyposażeniem – 14 szt., z oprogramowaniem, integracją z HIS wraz tabletami mobilnymi – 12 szt.

netto NIE DOTYCZY..... zł.

+ VAT

brutto zł.

słownie.....

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 deklarację 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. ~~wybór 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 związani 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: Arkadiusz Kułak nr telefonu: 517703700, e-mail: akulak@promedical.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)