

## Formularz oferty

dla:

**ŚLĄSKIEGO CENTRUM REHABILITACYJNO-UZDROWISKOWEGO  
im. dr. Adama Szebesty  
w Rabce-Zdroju Sp. z o.o.**

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy: albo Imię i nazwisko wykonawcy:	<i>SUN-MED</i> Spółka Cywilna Dominik Siekierski Sławomir Naparty Dominik Siekierski – współwłaściciel Ul. Widokowa 7, 91-614 Łódź
Adres zamieszkania wykonawcy (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):	Sławomir Naparty – współwłaściciel Ul. Franciszkańska 133A m 38, 91-845 Łódź
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):	ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź
Numer NIP i REGON wykonawcy:	NIP: SUN-MED Spółka Cywilna 726-265-39-07 Dominik Siekierski wspólnik 947-187-33-01 Sławomir Naparty wspólnik 728-223-69-57 REGON: SUN-MED Spółka Cywilna 101742829 Dominik Siekierski wspólnik 101732038 Sławomir Naparty wspólnik 101731955
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	Tel. 42 650 87 37, Fax. 42 650 87 33 E-mail: <a href="mailto:biuro@sun-med.eu">biuro@sun-med.eu</a>
Kod NUTS Wykonawcy:	.....

W przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu w trybie podstawowym na:  
**dostawy wyrobów medycznych, w tym odzieży ochronnej,**

nr **DSF-5-TP/4-2021** oferujemy realizację zamówienia określonego w specyfikacji warunków zamówienia – w pełni z nią zgodnego.

1. Zgodnie z wypełnionymi załącznikami nr 1.1 („Formularz cenowy”) oraz 1.3 („Warunki gwarancji jakości i serwisu”) do niniejszej oferty cena, gwarancja oraz termin dostawy wynoszą odpowiednio:

Nr pakietu	Nazwa pakietu	Oferowana cena brutto w zł
Pakiet 1	Fartuchy i czepki	-
Pakiet 2	Maska chirurgiczna	24 300,00 zł
Pakiet 3	Pościel jednorazowa	-
Pakiet 4	Kombinezony i ochraniacze	-

Pakiet 5	Półmaski filtrujące	5 461,20 zł
Pakiet 6	Przyłbica ochronna	-

2. Oferowany asortyment szczegółowo charakteryzuje załącznik nr 1.1 („Formularz cenowy”).
3. Oświadczamy, że jesteśmy w posiadaniu dopuszczeń do obrotu i do używania – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (dla zaoferowanego asortymentu scharakteryzowanego w załączniku nr 1.1).
4. Zobowiązujemy się do wykonania umowy – zgodnie z warunkami szczegółowo określonymi w projektowanych postanowieniach umowy dołączonych do specyfikacji warunków zamówienia, w szczególności w terminach w tej umowie wskazanych.
5. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia oraz zakresem zamówienia i nie wnosimy zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że zawarte w specyfikacji warunków zamówienia warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego oraz wniesiemy zabezpieczenie należytego wykonania umowy.
7. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia na podstawie art. 108 ustawy z dnia 11 września 2019 r. stanowi załącznik, który został złożony wraz z ofertą w formie elektronicznej.
8. Oświadczamy, że termin poszczególnych dostaw **nie przekroczy 7 dni roboczych** od dnia złożenia zamówienia.
9. Oświadczamy, że oferujemy:
  - nie więcej niż do 3 dni roboczych od dnia otrzymania zawiadomienia w przypadku reklamacji dotyczącej braków ilościowych bądź związanych z nieprzyjęciem dostawy towaru w naruszonym opakowaniu; do 14 dni od daty otrzymania wadliwego towaru, przesłanego przez Zamawiającego na koszt Wykonawcy za potwierdzeniem odbioru – w przypadku reklamacji wad jakościowych.
10. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
11. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania prosimy kierować na adres (w tym adres e-mail) wypełnić jeżeli adres ten jest inny niż adres w tabeli na wstępie:  
[biuro@sun-med.eu](mailto:biuro@sun-med.eu)

Uwaga: poniższy punkt wypełniają tylko wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia

12. Oświadczamy, jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie niniejszego zamówienia, że ustanowiliśmy niżej wymienionego pełnomocnika do reprezentowania nas w postępowaniu o udzielenie zamówienia\* albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie niniejszego zamówienia publicznego\*:

Sławomir Naparty – współwłaściciel spółki cywilnej SUN-MED, wpisany do CEIDG

*(imię i nazwisko lub nazwa – firma, adres, telefon, faks, e-mail – jeśli inne niż w nagłówku);*

UWAGA – DANE TE POSŁUŻĄ DO KOMUNIKACJI Z PEŁNOMOCNIKIEM WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA)

Przedmiotowe pełnomocnictwo stanowi załącznik nr 3 do oferty.

Potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiegokolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania (dotyczy to wszystkich podmiotów wspólnie składających niniejszą ofertę). Jesteśmy świadomi, że wykonawcy występujący wspólnie ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie umowy.

Zobowiązujemy się przedłożyć na żądanie zamawiającego przed podpisaniem umowy przetargowej umowę regulującą naszą współpracę - w przypadku umowy konsorcjum: z wyraźnym wskazaniem pełnomocnika konsorcjum.

Uwaga: poniższy punkt należy wypełnić tylko w przypadku powierzenia podwykonawcom wykonania części zamówienia

11. Oświadczamy, że powierzmy podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia\*:

Firma.....podwykonawcy.....

.....**NIE DOTYCZY**.....

w zakresie: .....

.....**NIE DOTYCZY**.....

12. Oświadczenie wymagane art. 117 ust 4 ustawy Prawo zamówień publicznych w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\*:

1) W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub do świadczenia wykonawcy jako wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia polegamy na zdolnościach tych z wykonawców, którzy wykonają usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.

2) Z uwagi na powyższe jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia poniżej oświadczamy, które usługi wykonają poszczególni wykonawcy:

**Wszystkie dostawy wspólnicy wykonują solidarnie – zgodnie z umową spółki cywilnej.**

*Uwaga: poniższy punkt należy wypełnić tylko w przypadku powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.*

13. Informacja wykonawcy wymagana art. 225 ustawy – Prawo zamówień publicznych:

..... **NIE DOTYCZY** .....

*Uwaga: poniższy punkt dotyczy tylko w przypadku gdy wykonawca przekazuje dane osobowe inne, niż bezpośrednio jego dotyczące lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO*

14. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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 – RODO (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

15. Informacja o statusie wykonawcy (należy zaznaczyć znakiem x):

Wykonawca jest mikro przedsiębiorstwem: TAK

Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem: TAK

Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem: TAK

Wykonawca jest dużym przedsiębiorstwem: TAK

Na całość oferty składa się .....<sup>12</sup> kolejno ponumerowanych stron (liczonych wraz ze stronami wszystkich złożonych załączników, bez wliczania stron pustych).

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. Formularz oferty stanowiący załącznik nr 1 do specyfikacji.  
Komplet załączników stanowiących charakterystykę oferty oraz podstawę wyliczenia ceny ofertowej, tj.:
  - 1.1. Formularz cenowy (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1.1 do specyfikacji).
2. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia wg załącznika nr 2 albo Jednolity Europejski Dokument Zamówienia.
3. Pełnomocnictwo. \*
4. CEIDG.

Łódź, dnia 28.07.2021 r.

.....  
\* - niepotrzebnie skreślić

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET NR 2 Maska chirurgiczna

L.p	Opis przedmiotu zamówienia	Jednostka miary	Szacunkowa ilość jedn. miary	Cena jednostki miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka VAT w %	Wartość brutto w zł	Nr katalogowy	Nazwa handlowa/Wytwórca
1	Maska chirurgiczna pełnobarierowa, min. trójwarstwowa, z gumką, bezwonna, wykonana z wysokiej jakości włókniny, nie powodująca podrażnień skóry, wyposażona w kształtkę umożliwiającą dopasowanie do kształtu nosa, spełniająca wymagania normy EN14683. Rozmiar uniwersalny.	op a 50 szt	1 500	15,00	22 500,00	8%	<b>24 300,00</b>	Wytwórca nie postępuje się numerem telefonu	Medical Face Mask IIR / Opharm Sp. z o.o.

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

PAKIET NR 5 Półmaski filtrujące

L.p	Opis przedmiotu zamówienia	Jednostka miary	Szacunkowa ilość jedn. miary	Cena jednostki miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka VAT w %	Wartość brutto w zł	Nr katalogowy	Nazwa handlowa/ Wytwórca
1	<p>Półmaska filtrująca typu FFP2 lub równoważna</p> <p>wyrób o cechach ochronnych, chroniący przed aerozolami w tym bioaerozolami, zgodność z wymaganiami zasadniczymi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/425 dot. środków ochrony indywidualnej, w tym co najmniej jednej z wymienionych norm lub regulacji: EN 149:2001+A1:2009 (UE) lub normy NIOSH-42 CFR 84 (USA) lub GB2626-2019 (Chiny) lub AS/NZ 1716:2012 (Australia) lub JMHLW – 2000 (Japonia) lub NOM-116-2009 (Meksyk) lub ABNT/NBR 13698:2011 (Brazylia) lub KMOEL-2017-64 (Korea)</p> <p>osłaniająca usta, nos i brodę użytkownika</p> <p>wykonana z układu włóknin filtracyjnych i osłonowych trudnopalnych</p> <p>zacisk nosowy, lub odpowiednio wyprofilowana część nosowa czaszy półmaski,</p> <p>taśmy nagłowia wykonane z gumy pasmanteryjnej lub lateksowej lub innego materiału tekstylnego,</p> <p>oznakowana zgodnie z wymaganiami normy stanowiącej podstawę wykazania jej właściwości ochronnych (np. w EN numer normy, nazwa półmaski, klasa ochrony, dane producenta).</p>	szt	2 000	1,57	3 140,00	23%	3 862,20	ZD1	Półmaski typu FFP2 / Zhejiang Bangli Medical Products Co., Ltd.
2	<p>Półmaska filtrująca typu FFP3 lub równoważna</p> <p>wyrób o cechach ochronnych, chroniący przed aerozolami w tym bioaerozolami, zgodność z wymaganiami zasadniczymi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/425 dot. środków ochrony indywidualnej, w tym co najmniej jednej z wymienionych norm lub regulacji: EN 149:2001+A1:2009 (UE) lub normy NIOSH-42 CFR 84 (USA) lub GB2626-2019 (Chiny) lub AS/NZ 1716:2012 (Australia) lub JMHLW – 2000 (Japonia) lub NOM-116-2009 (Meksyk) lub ABNT/NBR 13698:2011 (Brazylia) lub KMOEL-2017-64 (Korea)</p> <p>osłaniająca usta, nos i brodę użytkownika</p> <p>wykonana z układu włóknin filtracyjnych i osłonowych trudnopalnych</p> <p>zacisk nosowy, lub odpowiednio wyprofilowana część nosowa czaszy półmaski,</p> <p>taśmy nagłowia wykonane z gumy pasmanteryjnej lub lateksowej lub innego materiału tekstylnego,</p> <p>z zaworem wydechowym lub bez zaworu do wyboru przez Zamawiającego</p> <p>oznakowana zgodnie z wymaganiami normy stanowiącej podstawę wykazania jej właściwości ochronnych (np. w EN numer normy, nazwa półmaski, klasa ochrony, dane producenta).</p>	szt	200	6,50	1 300,00	23%	1 599,00	ZY-MASK-03 ZY-MASK-05	Półmaski typu FFP3 / Zhiyi Medical Health Products Co., Ltd.
RAZEM:					4 440,00		5 461,20		

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)

**Załącznik nr 2**

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy: <i>albo</i> Imię i nazwisko wykonawcy: Adres zamieszkania wykonawcy: <small>(dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):</small>	<b>SUN-MED Spółka Cywilna Dominik Siekierski Sławomir Naparty</b>  Dominik Siekierski – współwłaściciel spółki cywilnej  ul. Widokowa 7, 91-614 Łódź
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):	ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź
Numer NIP i REGON wykonawcy: Numer NIP i REGON przedstawiciela:	NIP: 7262653907, REGON: 101742829  NIP:9471873301, REGON:101732038
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	Tel. 42 650 87 37, Fax. 42 650 87 33 E-mail: biuro@sun-med.eu
Kod NUTS:	.....

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawa części tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

**I. Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 108 ustawy z dnia 11 września 2019 r.  
- Prawo zamówień publicznych (dalej: Ustawa),  
DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:  
dostawy wyrobów medycznych, w tym odzieży ochronnej  
(zamówienie DFS-5-TP/4-2021),**

oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy.

Łódź (miejsowość), dnia 28.07.2021 r.

.....  
(podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z art. .... Ustawy  
(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 Ustawy podjąłem następujące środki naprawcze:

.....  
**NIE DOTYCZY**  
.....

Łódź (miejsowość), dnia 28.07.2021 r.

.....  
(podpis)

---

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

Łódź (*miejsowość*), dnia 28.07.2021 r.

.....  
(*podpis*)

Załączniki:

.....

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy: <i>albo</i> Imię i nazwisko wykonawcy: Adres zamieszkania wykonawcy: <small>(dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):</small>	<b>SUN-MED Spółka Cywilna Dominik Siekierski Sławomir Naparty</b>  Sławomir Naparty – współwłaściciel spółki cywilnej  ul. Franciszkańska 133A m 38, 91-845 Łódź
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):	ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź
Numer NIP i REGON wykonawcy: Numer NIP i REGON przedstawiciela:	NIP: 7262653907, REGON: 101742829 NIP: 7282236957, REGON:101731955
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	Tel. 42 650 87 37, Fax. 42 650 87 33 E-mail: biuro@sun-med.eu
Kod NUTS:	.....

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawa część tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

**I. Oświadczenie wykonawcy**  
**składane na podstawie art. 108 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**  
**- Prawo zamówień publicznych (dalej: Ustawa),**  
**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:**  
**dostawy wyrobów medycznych, w tym odzieży ochronnej**  
**(zamówienie DFS-5-TP/4-2021),**

oświadczam, co następuje:

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy.

Łódź (*miejsowość*), dnia 28.07.2021 r.

.....  
(podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z art. .... Ustawy (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 Ustawy podjąłem następujące środki naprawcze:

.....  
**NIE DOTYCZY**  
.....

Łódź (*miejsowość*), dnia 28.07.2021 r.

.....  
(podpis)



---

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

Łódź (*miejsowość*), dnia 28.07.2021 r.

.....  
(*podpis*)

Załączniki:

.....

**SUN-MED Spółka Cywilna**

ul. Franciszkańska 104/112

91-845Łódź

Tel. +48 42 650 87 37 Fax. +48 42 650 87 33

e-mail: biuro@sun-med.eu

NIP:726-265-39-07, REGON: 101742829

www.sun-med.eu



Działając w imieniu Firmy **SUN-MED Spółka Cywilna** z siedzibą w Łodzi 91-845, ul. Franciszkańska 104/112, niniejszym udzielam Panu Sławomirowi Naparty zamieszkałemu w Łodzi 91-845, ul. Franciszkańska 133a, m. 38, legitymującego się dowodem osobistym seria: AVP654166,

**PEŁNOMOCNICTWA**

do reprezentowania Firmy w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2019 poz. 2019 z późn. zm.).

Pełnomocnictwo obejmuje wszystkie czynności związane z ubieganiem się Firmy o udzielenie zamówienia publicznego a w szczególności:

- prawo do złożenia, podpisania i udzielania wyjaśnień w zakresie wniosku o zakwalifikowanie do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne oraz wszelkich dokumentów i oświadczeń wymaganych na etapie kwalifikacji do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne,
- prawo do złożenia, podpisania i udzielania wyjaśnień w zakresie oferty złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz wszelkich innych dokumentów związanych z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego,
- negocjacji warunków realizacji zamówienia oraz warunków umowy w postępowaniach prowadzonych w trybach negocjacyjnych,
- podpisanie pytań o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
- podpisanie oferty,
- podpisanie wniosku o zapoznanie się z treścią złożonych ofert,
- podpisanie umowy o wykonanie zamówienia publicznego,
- podejmowanie innych decyzji i czynności prawnych, składania oświadczeń wiedzy i woli w związku z ubieganiem się Firmy o udzielenie zamówienia publicznego.

Niniejsze pełnomocnictwo jest ważne do odwołania.

Umocowanie obejmuje również upoważnienie do udzielenia substytucji, z wyłączeniem prawa do podpisania oferty i podpisania umowy. Pełnomocnictwo substytucyjne winno być udzielone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

Data: 04.01.2021r.

Podpis wystawcy Pełnomocnictwa .....



### Dane podstawowe

Imię **DOMINIK**  
Nazwisko **SIEKIERSKI**  
Numer NIP **9471873301**  
Numer REGON **101732038**  
Firma przedsiębiorcy **DOMINIK SIEKIERSKI wspólnik spółki cywilnej  
SUN-MED**

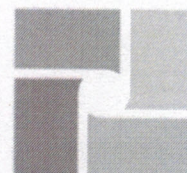
### Dane kontaktowe

Adres poczty elektronicznej -  
Adres strony internetowej -  
Numer telefonu -  
Numer faksu -



### Dane adresowe

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej **woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845, poczta Łódź**  
Dodatkowe stałe miejsca wykonywania działalności gospodarczej -  
Adres do doręczeń **woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845, poczta Łódź**  
Przedsiębiorca posiada obywatelstwa państw **Polska**



**CEIDG**

### Dane dodatkowe

Data rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej **2014-04-01**  
Data zawieszenia wykonywania indywidualnej działalności -  
Data wznowienia wykonywania indywidualnej działalności -  
Data zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej -  
Data wykreślenia wpisu z rejestru -  
Przeważająca działalność gospodarcza (kod PKD) **46.46.Z Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych**  
Wykonywana działalność gospodarcza (kody PKD) **46.46.Z, 45.32.Z, 46.90.Z, 47.52.Z, 47.74.Z, 73.11.Z, 73.20.Z**  
Mażeńska wspólność majątkowa **nie**  
Status indywidualnej działalności gospodarczej **Działalność jest prowadzona wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych**



### Spółki cywilne, których wspólnikiem jest przedsiębiorca

Dane spółki **NIP: 7262653907 REGON: 101742829**  
Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej w spółce -

### Zakazy

**brak wpisów**

### Informacje dotyczące upadłości / postępowania naprawczego / postępowania restrukturyzacyjnego

**brak wpisów**

### Zarządca sukcesyjny

**brak wpisów**

### Informacja o kwalifikacjach zawodowych

**brak wpisów**

*Wpis w CEIDG jest wolny od wszelkich opłat na rzecz Skarbu Państwa.*

*Przedsiębiorca ma obowiązek posiadać tytuł prawny do nieruchomości, której adres wpisano do CEIDG, pod rygorem wykreślenia z CEIDG.*

*Przedsiębiorca ma obowiązek dokonywać zmian wpisu w terminach, określonych w art. 15 ust. 1 ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy pod rygorem wykreślenia z CEIDG.*

*Osoba fizyczna wpisana do CEIDG może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zgłoszeniem do CEIDG nieprawdziwych danych, jeżeli podlegały obowiązkowi wpisu na jej wniosek, a także niezgłoszeniem danych podlegających wpisowi do CEIDG w ustawowym terminie albo niezgłoszeniem zmian danych objętych wpisem.*

*Organy administracji publicznej nie mogą domagać się od przedsiębiorców okazywania, przekazywania lub załączania do wniosków i innych przedkładanych przed nimi pism, zaświadczeń o wpisie do CEIDG.*





### Dane podstawowe

Imię	Sławomir
Nazwisko	Naparty
Numer NIP	7282236957
Numer REGON	101731955
Firma przedsiębiorcy	<b>SŁAWOMIR NAPARTY</b> wspólnik spółki cywilnej <b>SUN - MED</b>

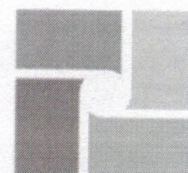
### Dane kontaktowe

Adres poczty elektronicznej	-
Adres strony internetowej	-
Numer telefonu	-
Numer faksu	-



### Dane adresowe

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej	woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845, poczta Łódź
Dodatkowe stale miejsca wykonywania działalności gospodarczej	-
Adres do doręczeń	woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845, poczta Łódź
Przedsiębiorca posiada obywatelstwa państw	Polska



CEIDG

### Dane dodatkowe

Data rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej	2014-04-01
Data zawieszenia wykonywania indywidualnej działalności	-
Data wznowienia wykonywania indywidualnej działalności	-
Data zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej	-
Data wykreślenia wpisu z rejestru	-
Przeważająca działalność gospodarcza (kod PKD)	46.46.Z Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych
Wykonywana działalność gospodarcza (kody PKD)	46.46.Z, 45.32.Z, 46.90.Z, 47.52.Z, 47.74.Z, 73.11.Z, 73.20.Z
Małżeńska wspólność majątkowa	tak
Status indywidualnej działalności gospodarczej	Działalność jest prowadzona wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych



### Spółki cywilne, których wspólnikiem jest przedsiębiorca

Dane spółki	NIP: 7262653907 REGON: 101742829
Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej w spółce	-

### Zakazy

brak wpisów

### Informacje dotyczące upadłości / postępowania naprawczego / postępowania restrukturyzacyjnego

brak wpisów

### Zarządca sukcesyjny

brak wpisów

### Informacja o kwalifikacjach zawodowych

brak wpisów

Wpis w CEIDG jest wolny od wszelkich opłat na rzecz Skarbu Państwa.

Przedsiębiorca ma obowiązek posiadać tytuł prawny do nieruchomości, której adres wpisano do CEIDG, pod rygorem wykreślenia z CEIDG.

Przedsiębiorca ma obowiązek dokonywać zmian wpisu w terminach, określonych w art. 15 ust. 1 ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy pod rygorem wykreślenia z CEIDG.

Osoba fizyczna wpisana do CEIDG może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zgłoszeniem do CEIDG nieprawdziwych danych, jeżeli podlegały obowiązkowi wpisu na jej wniosek, a także niezgłoszeniem danych podlegających wpisowi do CEIDG w ustawowym terminie albo niezgłoszeniem zmian danych objętych wpisem.

Organy administracji publicznej nie mogą domagać się od przedsiębiorców okazywania, przekazywania lub załączania do wniosków i innych przedkładanych przed nimi pism, zaświadczeń o wpisie do CEIDG.