

## 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:	AB-MED Hurtownia Farmaceutyczna
Adres zamieszkania wykonawcy (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):	
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):	ul. Damrota 147, 43-100 Tychy
Numer NIP i REGON wykonawcy:	646 247 67 05 / 241708755
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	573446831, marta.zielinska@ab-med.pl
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	41882,4
Pakiet 2	Maska chirurgiczna	8100
Pakiet 3	Pościel jednorazowa	
Pakiet 4	Kombinezony i ochraniacze	
Pakiet 5	Półmaski filtrujące	
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:

.....  
 .....

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\*:

.....  
 .....

*(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.....

.....

w zakresie: .....

.....

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:

.....  
.....  
.....

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

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

.....  
.....

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 ..... 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. \*

.....

Tychy, dnia 29.07.2021

HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA  
AB-MED  
43-100 Tychy, ul. Dąmrota 147  
tel. 694 310 401  
REGON 241193261 NIP 109873

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)

\* - niepotrzebnie skreślić

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET NR 1 Fartuchy i czepki

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	<b>Jednorazowy sterylny pełnobarierowy fartuch chirurgiczny nieprzemakalny.</b> Materiał typu SMMS lub SMMMS, bezwzględnie musi spełniać wymogi normy EN 13795 1-3. Każdy fartuch musi posiadać informacje o dacie ważności i nr serii w postaci naklejki do umieszczenia w dokumentacji pacjenta. Gramatura minimum 35g/m <sup>2</sup> . Rekaw zakończony elastycznym mankietem, tylnie części fartucha zachodzą na siebie, troki umiejscowione w kartoniku na wysokości pasa fartucha umożliwiają zawiązanie ich zgodnie z procedurami postępowania aseptycznego. Sposób złożenia fartucha w opakowaniu musi umożliwiać ubranie bez konieczności jego rozwijania. Wiązanie przy szyi za pomocą taśmy lub rzepu wielokrotnego użytku. Szywy wykonane techniką ultradźwiękową. Wymagane podwójne sterylne opakowanie fartucha - papier lub włóknina i rękaw foliowo papierowy. Wewnętrzne opakowanie min. 2 ręczniki celulozowe o min. wym. 30 x 30 cm. Do transportu produktu wymagane podwójne opakowanie zestawów, w tym min. zewnętrzne opakowanie kartonowe. Rozmiary M, L, XL, XXL lub równoważne	szt	2 500	12,48	31 200,00	8%	33 696,00	NOG00630	Fartuch SMMMS / Neoset
2	Czeppek chirurgiczny uniwersalny w kształcie beretu z gumką, włóknina o gramaturze min. 14g/m <sup>2</sup> Opakowanie kartonowe zapewniające możliwość wyjmowania pojedynczego czepka bez konieczności dotyknięcia pozostałej zawartości pudełka.	szt	2 100	0,10	210,00	8%	226,80	nie dotyczy	Czeppek Klip /
3	Fartuch niesterylny jednorazowego użytku, włókninowy, rozmiar uniwersalny (od rozmiaru S do XL)	szt	5 500	1,34	7 370,00	8%	7 959,60	nie dotyczy	Fartuch ochronny / Batist
RAZEM:					38 780,00		41 882,40		

HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA

AB-MED

43-100 Tychy, ul. Damrota 147

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentacji wykonawcy)

tel. 694-247-67-05

REGON 241708755 ID 109873

## 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	5,00	7 500,00	8%	8 100,00	Betatex	Maska chirurgiczna / Zarys

HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentacji wykonawcy)

43-100 Tychy, ul. Damrota 147

tel. 694-247-67-05

NIP 646-247-67-05

REGON 241708755 ID 109873



**AB-MED**  
HURTOWNIA MEDYCZNA

Właściciel Beata Bogdziewicz-Murmyło

43-100 Tychy, ul. Damrota 147 6462476705

Tychy, 01.02.2021r

### Upoważnienie

Działając w imieniu i na rzecz Hurtowni Farmaceutycznej AB-MED (NIP 6462476705, REGON 241708755), niniejszym jako Właściciel udzielam upoważnienia Pani Marcie Zielińskiej legitymującej się dowodem nr AXY971569 – pracownikowi zatrudnionemu na stanowisku: Specjalisty ds. Zamówień Publicznych do reprezentowania Hurtowni Farmaceutycznej AB-MED w zakresie prowadzenia postępowań zamówień publicznych przewidzianych w ustawie z dnia 29stycznia 2004r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz.u.20019.1843 t.j. z póź. zm.) oraz do podpisywania dokumentów i dokonywania n/w czynności:

1. Ogłaszania o udziale w postępowaniu / zaproszeniu
2. Przygotowania oferty w postępowaniu / zaproszeniu
3. Założenia oferty w postępowaniu / zaproszeniu
4. Zadawania pytań do zamawiającego w postępowaniu / zaproszeniu
5. Udzielania wyjaśnień treści dot. złożonej oferty w postępowaniu / zaproszeniu
6. Podpisania umowy z zamawiającym
7. Koordynacji przebiegu zamówień i dostawy do zamawiającego

Upoważnienie obowiązuje w okresie zatrudnienia na stanowisku Specjalisty ds. Zamówień Publicznych do czasu pisemnego odwołania.

Beata Bogdziewicz-Murmyło

WŁAŚCICIEL

HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA AB-MED

43-100 Tychy, ul. Damrota 147

tel./fax 32 216 21 701

Właściciel Beata Bogdziewicz-Murmyło

Przyjmuję niniejsze upoważnienie i zobowiązuję się do jego stosowania.

*Zielińska Marta*

Podpis Pracownika



#### Dane podstawowe

Imię  
**BEATA**  
Nazwisko  
**BOGDZIEWICZ-MURMYŁO**  
Numer NIP  
**6462476705**  
Numer REGON  
**241708755**  
Firma przedsiębiorcy  
**AB-MED HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA BEATA BOGDZIEWICZ-MURMYŁO**



MINISTERSTWO  
ROZWOJU

#### Dane kontaktowe

Adres poczty elektronicznej

-

Adres strony internetowej

-

Numer telefonu

-

Numer faksu

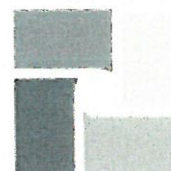
-

#### Dane adresowe

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej  
woj. **ŚLĄSKIE**, pow. **Tychy**, gm. **Tychy**, miejsc. **Tychy**, ul. **Damrota**, nr **147**, **43-100**, poczta **Tychy**  
Dodatkowe stałe miejsca wykonywania działalności gospodarczej

, opis miejsca **U ZLECENIODAWCY, TEREN CAŁEGO KRAJU**

Adres do doręczeń  
woj. **ŚLĄSKIE**, pow. **Tychy**, gm. **Tychy**, miejsc. **Tychy**, ul. **Damrota**, nr **147**, **43-100**, poczta **Tychy**  
Przedsiębiorca posiada obywatelstwa państw  
**Polska**



CEIDG



#### Dane dodatkowe

Data rozpoczęcia wykonywania działalności  
**2010-10-01**

Data rozpoczęcia zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej

-

Okres zawieszenia do dnia

-

Data wznowienia wykonywania działalności gospodarczej

-

Data zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej

-

Data wykreślenia wpisu z rejestru

-

Wykonywana działalność gospodarcza (kody PKD)  
**46.46.Z, 47.19.Z, 47.74.Z, 47.78.Z, 47.99.Z, 53.20.Z, 70.22.Z**  
Małżeńska wspólność majątkowa

-

Zakaz prowadzenia działalności gospodarczej

-

Status wpisu

**Aktywny**

**Spółki cywilne, których wspólnikiem jest przedsiębiorca**

**Zarządca sukcesyjny**

**brak wpisów**