

1 do SWZ
DRUK OFERTY

Dot. postępowania na „Zakup wraz z dostawą wyrobów medycznych dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii

w Kielcach”. Nr sprawy: IZP.2411.278.2024.MS

1. Dane Wykonawcy:

SALUS INTERNATIONAL SP. Z O.O.

ul. Pułaskiego 9 kod pocztowy, miasto 40-273 Katowice

województwo śląskie kraj Polska

REGON 271059470 NIP 634-012-54-42

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego* przez Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000143136 kapitał zakładowy: 111 000,00 zł

~~Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*~~

*** niepotrzebne skreślić**

tel. (32)788-55-76 e-mail przetargi@salusint.com.pl

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

Magdalena Łunarzewska Prokurent samoistny (imię, nazwisko, stanowisko)

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

Klaudia Szarwark (323)788-55-76 przetargi@salusint.com.pl

2. Dane Wykonawcy:

.....
.....

ul. kod pocztowy, miasto

.....

województwo kraj

.....

tel. e-mail

REGON NIP

3. Dane Wykonawcy:

.....
.....

ul. kod pocztowy, miasto

.....

województwo.....kraj.....
.....

tel.....e-mail.....

REGON.....NIP.....

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

Netto 81 210,00 zł. słownie osiemdziesiąt jeden tysięcy dwieście dziesięć złotych

+ VAT8%

Brutto 87 706,80 zł, słownie osiemdziesiąt siedem tysięcy siedemset sześć złotych osiemdziesiąt groszy

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

Pakiet nr 2

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto zł. , słownie

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

Pakiet nr 3

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto zł. , słownie

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

2. Oświadczamy, że podane w Ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji Umowy.

3. Oświadczamy, że oferujemy stałość cen w trakcie trwania umowy.

4. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

5. Oświadczamy, że:¹

¹ Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w tym zakresie, stosownie do treści art. 91 ust. 3a ustawy Pzp.

1) wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,*

~~2) 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:

– całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi*,

~~— zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia*:~~

.....
.....

(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazwy/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 RODO² wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu³.

12. Rodzaj podpisu, za pomocą którego podpisano dokumenty ofertowe (wypełnienie nieobowiązkowe):

Kwalifikowany podpis elektroniczny	Podpis zaufany	Podpis osobisty tzn. zaawansowany podpis elektroniczny
x		
Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”		

13. Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania zamówienia jest Pani/Pan:

imię i nazwisko: Dorota Sporysz- Kupras

nr telefonu: 32 788 55 75

adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

² 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).

³ 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).