



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie podstawowym bez negocjacji na dostawy materiałów medycznych jednorazowego użytku-
uzupełnienie_3

Nr sprawy:
ZP/35/2024

Załącznik nr 1 do SWZ

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu	
Adres: 82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35	
NIP: 578-310-44-67	REGON: 281098840

1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: Beryl Med Poland Sp. z o.o.		
NIP: 532-17-86-998	REGON: 017397116	
Adres: ul. Rtm. Witolda Pileckiego 59/151, 02-781 Warszawa		
Miejscowość: Warszawa	Kod pocztowy: 02-781	Województwo: Mazowieckie
e-mail: i.wawer-gaska@beryl-med.com		Tel: 531 041 453
Adres do korespondencji: ul. Sadowa 14, 05-410 Józefów		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>	<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input checked="" type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)

Nazwa:		
NIP:	REGON:	
Adres:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Województwo:
e-mail:		Tel:
Adres do korespondencji:		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>	<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

- * Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
- * Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
- * Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
- * Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
- * Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie podstawowym bez negocjacji na dostawy materiałów medycznych jednorazowego użytku-uzupełnienie_3

Nr sprawy:
ZP/35/2024

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/35/2024 na dostawy wyrobów medycznych jednorazowego użytku-uzupełnienie_3**, składamy ofertę:

Pakiet nr ...21..... *(należy wpisać numer oferowanego pakietu i powtarzać w razie potrzeb)*

Cena bez VAT 958,80 zł..... zł. słownie : dziewięćset pięćdziesiąt osiem złotych 80/100

Cena z VAT 1 035,50 zł.....zł. słownie :jeden tysiąc trzydzieści pięć złotych 50/100.....

W tym należny podatek VAT 76.70..... zł.

Termin dostawy2..... **(należy wpisać 2 lub 3 – parametr podlega ocenie)***

Pakiet nr49... *(należy wpisać numer oferowanego pakietu i powtarzać w razie potrzeb)*

Cena bez VAT 7 500.00..... zł. słownie :siedem tysięcy pięćset złotych 00/100.....

Cena z VAT 9 225.00.....zł. słownie : dziewięć tysięcy dwieście dwadzieścia pięć złotych 00/100

W tym należny podatek VAT 1 725.00 zł.

Termin dostawy2..... **(należy wpisać 2 lub 3 – parametr podlega ocenie)***

Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne wartości niż wskazane powyżej, Wykonawca oświadcza, że oferowany termin dostawy wynosić będzie **3 dni robocze** licząc od dnia przesłania zamówienia do Wykonawcy.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy

- Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
- Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty *(zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”)*:

- ☒ **Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- ☐ Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Świadczenia (nazwa, rodzaj) będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag www.szpitalspecialistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie podstawowym bez negocjacji na dostawy materiałów medycznych jednorazowego użytku-
uzupełnienie_3

Nr sprawy:
ZP/35/2024

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.).

5. Oświadczamy, że zaofertowane produkty są:

☒ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne** (Dz.U. 2024 poz. 686) w zakresie *(podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy):***pakiet 21**.....

☐ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U.2024 poz. 1620) w zakresie *(podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy):*

☒ dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów w zakresie *(podać nr części i pozycje):***pakiet 49**.....

6. Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²

8. Oświadczamy, że wraz z rozpoczęciem postępowania przetargowego poprzedzającego zawarcie umowy przekazano mi informację o procedurze zgłoszeń wewnętrznych określonej w Regulaminie Zgłoszeń Wewnętrznych Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w zakresie ochrony sygnalistów znajdujących się pod adresem: https://esselblag.nbip.pl/esselblag/?n_id=42&id=178

9. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Izabela Wawer-Gąska telefon kontaktowy..... 531 041 453

10. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan

Ewa Miecznikowska- Prezes Zarządu (wpisać nazwisko, funkcję)

11. **Adres e-mail i nr faksu na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

numer faksu:022/789-36-61..... adres e-mail: zamowienie@beryl-med.com

.....Warszawa, dnia20.11.2024.....

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e
do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o
udzielenie zamówienia

¹rozporządzenie 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).

²W 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).