



Zabrze, dn. 8 kwietnia 2024 r.

Nr postępowania: ZPIZ/TP/D/8/2024

## OFERTA

**Dotyczy: postępowanie na zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi z podziałem na 2 pakiety**

WYKONAWCA:

**ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa**  
**Ul. Pod Borem 18**  
**41-808 Zabrze**

ZAMAWIAJĄCY:

**Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**  
**Szpital im. Dr. J. Babińskiego**  
**Ul. Aleksandrowska 159**  
**91-229 Łódź**



Zabrze, dn. 8 kwietnia 2024 r.

## **SPIS ZAWARTOŚCI OFERTY**

1. OFERTA
2. SPIS ZAŁĄCZNIKÓW
3. FORMULARZ OFERTOWY
4. FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY
5. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY
6. WNIOSEK WYKONAWCY
7. PEŁNOMOCNICTWO

**MODYFIKACJA Z DNIA 03.04.2024 R.**

***Formularz Ofertowy***

U W A G A: WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE WYKONAWCA.

**I. DANE WYKONAWCY:**

*(w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego Wykonawcę wymaga się wypełnienie punktu I dla każdego Wykonawcy osobno)*

Nazwa Wykonawcy (ów): ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA

Siedziba (ulica): UL. POD BOREM 18

kod: 41-808

miescowość: ZABRZE

województwo: ŚLĄSKIE

NIP: 648 199 77 18 REGON: 273 295 877

KRS/CEIDG: 0000540772

Adres e-mail: przetargi@zarys.pl

tel.: 32 376 07 65 fax: 32 376 07 66

Osoba/ y upoważniona/ e\* do reprezentowania firmy i podpisywania umowy:

Robert Żywczyk / Prokurent

---

Wykonawca jest \_\_\_\_\_ dużym \_\_\_\_\_ (wpisać odpowiednio: mikro, małym, średnim,  
dużym) przedsiębiorcą.

Czy Wykonawca pochodzi z innych Państw członkowskich Unii Europejskiej: **TAK/NIE\***

*\*niepotrzebne skreślić*

**II.** Przedmiotem niniejszej oferty jest „*Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi. Znak sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024*”, zgodnie z wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**III.** Zobowiązuję/my się do zawarcia umowy na okres 24 miesięcy.

**IV. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA.**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość w wysokości:

**Ogólna wartość netto: 163 011,20 PLN**

**VAT \_\_5/8\_\_% tj. 8 569,46 PLN**

**Ogólna wartość brutto: 171 580,66 PLN**

2. Oferujemy termin płatności faktury: \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ dni zgodnie z wymogami SWZ.

3. Oferujemy termin dostaw: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ dni roboczych zgodnie z wymogami SWZ.

#### V. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/y, że jesteśmy związani złożoną ofertą przez okres 30 dni tj. do dnia **08.05.2024 r.** – bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Akceptuję/my przedstawiony w SWZ projekt umowy i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązujemy się do podpisania umowy w zakresie, którego dotyczy złożona oferta, na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami zamówienia oraz dokumentami dotyczącymi przedmiotu zamówienia i akceptujemy je bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. Ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
6. Oświadczam/y, że gwarantujemy stałość cen i wartości brutto przez cały okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem postanowień umowy.
7. Oświadczam/y, że niżej wymienione części niniejszego zamówienia powierzę podwykonawcom:

NIE DOTYCZY/ <del>DOTYCZY</del> *	O ile dotyczy podać zakres – opis części zamówienia, którego wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcy oraz procentowy udział części zamówienia powierzonego podwykonawcy.
	1. 2. 3. 4. etc.

*\*niepotrzebne skreślić*

Niewypełnienie powyższej tabeli spowoduje przyjęcie, iż Wykonawca samodzielnie bez udziału podwykonawców wykonana niniejsze zamówienie.

8. Oferta ~~zawiera~~/nie zawiera\* dokumenty, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.) i nie mogą być przez Zamawiającego udostępnianie innym Wykonawcom \*,

*\*niepotrzebne skreślić*

9. Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na dokonywanie przez Zamawiającego płatności w systemie podzielonej płatności.

10. Oświadczam/y, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w moim/naszym imieniu jest rachunkiem, dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 2324 z późn. zm.) prowadzony jest rachunek VAT.

11. Zobowiązujemy się do niezbywania wierzytelności, przysługujących nam w stosunku do Spec. Psych. ZOZ w Łodzi osobom trzecim bez pisemnej zgody Zamawiającego.

12. Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na porozumiewanie się z nami za pomocą poczty elektronicznej oraz otrzymanie tą drogą informacji o wynikach postępowania oraz zaproszenia do zawarcia umowy.

13. Osobą odpowiedzialną za wykonanie zobowiązań i kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy jest \_\_\_\_\_ Ewelina Płazak \_\_\_\_\_

telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ 32 376 07 63 \_\_\_\_\_ faks : \_\_\_\_\_ 32 376 07 07 \_\_\_\_\_

e-mail (czytelnie) \_\_\_\_\_ ewelina.plazak@zarys.pl \_\_\_\_\_

**VI. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty i oświadczenia:** spis załączników na drugiej stronie oferty

1/ \_\_\_\_\_

2/ \_\_\_\_\_

3/ \_\_\_\_\_

*Pouczony o odpowiedzialności karnej (m. in. z art. 270, 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm. oświadczam, że oferta oraz załączone do niej dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty.*

Zabrze, dnia 08.04.2024

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

UWAGA ! W przypadku zaoferowania przez Wykonawcę innej jednostki miary/wielkości opakowania niż podana w formularzu asortymentowo - cenowym, Zamawiający dopuszcza możliwość przeliczenia wymaganych ilości w zależności od wielkości zaoferowanego opakowania. Wówczas w Uwagach (kolumna nr 11) należy podać wielkość zaoferowanego opakowania oraz przeliczyć wymaganą w Zaprośzeniu ilość i w kolumnie nr 5 podać oferowaną ilość po przeliczeniu. Zaokraglenie do pełnych opakowań zgodnie z zasadami matematyki.

Zamawiający nie dopuszcza składania oferty na poszczególne pozycje w ramach pakietów. Wykonawca winien złożyć ofertę na całość przedmiotu zamówienia w ramach pakietu.

PAKIET NR 1 - PIELUCHOMAJTKI, PODKŁADY HIGIENICZNE, PODPASKI										
Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	j.m.*	zapotrzebowanie na 24 m-ce	ilość oferowana przez Wykonawcę na 24 m-ce	cena jednostkowa netto w zł	cena jednostkowa brutto w zł	wartość netto w zł	VAT %	wartość brutto w zł	UWAGI np. oferowana przez Wykonawcę jednostka miary, wielkość opakowania, NAZWA HANDLOWA OFEROWANEGO PREPARATU, numer katalogowy, producent etc.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pieluchomajtki rozm 1 „S” x 30 szt. Obwód min. 55 - 80 cm. *	op.	40	40	39,50	41,48	1 580,00	5%	1 659,00	ProSkin Plus S / 710530 / ESSITY / op.a'30 szt
2	Pieluchomajtki rozm 2 „M” x 30 szt. Obwód min. 75 - 110 cm *	op.	400	400	42,90	45,05	17 160,00	5%	18 018,00	ProSkin Plus Secure M / 710630 / ESSITY / op. a'30 szt
3	Pieluchomajtki rozm 3 „L” x 30 szt. Obwód min. 100 - 150 cm *	op.	2 600	2 600	48,50	50,93	126 100,00	5%	132 405,00	ProSkin Plus Secure L / 710730 / ESSITY / op. a'30 szt
4	Podkład chłonny z pulpy celulozowej 60 x 90 cm w op. 30 szt. (dopuszcza się wymiary i ilości w opakowaniu +/- 20%)	op.1)	540	648	17,40	18,79	11 275,20	8%	12 177,22	BETAtex_Podkład chłonny_60x90cm / BT-PC6090 / ZARYS / op. a'25 szt
5	Podpaski higieniczne x 10 szt.	op. 2)	1 600	800	5,26	5,52	4 208,00	5%	4 418,40	Podpaski bella normal / BE-012-RN20-W01 / TZMO / op. a'20 szt
6	Prześcieradło ochronne jednoraz. x 1 szt(rolka) wymiar min. 50cm x 40 mb	szt. 3)	300	240	11,20	12,10	2 688,00	8%	2 903,04	Podkład bibulowy 2-w. perfor_50cmx50m / FLESZ / 1.06.005 / rolka o dł. 50 m
						RAZEM:	163 011,20 zł		171 580,66 zł	

(miejscowość i data)

- 1) zaoferowano op=25 szt z przeliczeniem zamawianych ilości  
2) zaoferowano op=20 szt z przeliczeniem zamawianych ilości  
3) zaoferowano podkład o dł. 50 m z przeliczeniem ilości  
\* zaoferowano zgodnie z dopuszczeniem

(podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

### SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

#### Część I:

##### **Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia**

1. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**

Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**

e-mail: *dyrekcja@psychiatria-lodz.pl, sekretariat@babinski.home.pl*

2. Tytuł zamówienia: *„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”*

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: **ZPIZ/TP/D/8/2024**

#### Część II:

##### **Informacje dotyczące Wykonawcy**

##### **A: Informacje na temat Wykonawcy:**

a) Nazwa Wykonawcy: **ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA**

b) Osoba wyznaczona do kontaktów: **Anna Gebel**

telefon: **32 376 07 65**

e-mail: **przetargi@zarys.pl**

##### **B: Informacje na temat przedstawicieli prawnych Wykonawcy**

Proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres (-) osoby (osób) **upoważnionych do prawnego reprezentowania wykonawcy** na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:

a) Imię i nazwisko: **Anna Gebel**

b) Stanowisko/Działający jako: **Specjalista ds. Zamówień Publicznych**

c) telefon: **32 376 07 65**

d) e-mail: [przetargi@zarys.pl](mailto:przetargi@zarys.pl)

### Część III:

#### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp

#### **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: „**Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**” prowadzonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi oświadczam co następuje:

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 3 - 10 ustawy Pzp.

Zabrze                      08.04.2024  
Miejscowość                      data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt 3 – 10 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, podjąłem następujące środki naprawcze\*:

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

*\*W przypadku, gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Zabrze                      08.04.2024  
Miejscowość                      data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj. .... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia

*\*W przypadku, gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Zabrze                      08.04.2024  
Miejscowość                      data



.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY LUB DALESZEGO  
PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM,  
NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:  
..... (podać pełną nazwę/firmę,  
adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy  
wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

*\*W przypadku, gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Zabrze 08.04.2024  
Miejscowość data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

Zabrze 08.04.2024  
Miejscowość data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

**Część IV:**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych  
(Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z póź. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: „*Zakup wraz z dostawą  
i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ  
w Łodzi*” prowadzonego przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi  
oświadczam co następuje:

### INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ.

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).*

Zabrze  
miejscowość

08.04.2024  
data

.....  
*(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*

### INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW\*:

Oświadczam, że w celu wskazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: .....

w następującym zakresie:

.....  
*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać „NIE DOTYCZY”.*

Zabrze  
miejscowość

08.04.2024  
data

.....  
*(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

Zabrze  
miejscowość

08.04.2024  
data

.....  
*(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  
**SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**  
**PUBLICZNEGO**

**Część I:**

**Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia**

1. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**

Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**

e-mail: **dyrekcja@psychiatria-lodz.pl, sekretariat@babinski.home.pl**

2. Tytuł zamówienia: **„Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi”**

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: **ZPIZ/TP/D/8/2024**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

*składane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 poz. 835).*

1. ~~Oświadczam, że **podlegam** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 poz. 835).\*~~

2. Oświadczam, że **nie podlegam** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 poz. 835).\*

*\*niepotrzebne skreślić*

Zabrze

Miejscowość

08.04.2024

data

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE DOKUMENTÓW DOPUSZCZAJĄCYCH DO OBROTU**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „Zakup wraz z dostawą i rozładunkiem pieluchomajtek i podkładów higienicznych do Apteki Szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi. Znak sprawy: ZPIZ/TP/D/8/2024.”

ja /my\* niżej podpisany /i\* \_\_\_\_\_ Anna Gebel \_\_\_\_\_  
reprezentując wykonawcę/wykonawców\* \_\_\_\_\_ ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z  
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA \_\_\_\_\_

oświadczam/y, iż:

♦ zaoferowany asortyment w Pakiecie nr 1 pozycja\_\_1, 2, 3, 4, 6\_\_\_\_\_ jest dopuszczony do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 roku

o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn. zm.) oraz z ustawą z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne\_(t.j. Dz. U. 2022 poz. 2301 z póź. zm.) i posiada stosowne certyfikaty CE wydane przez jednostkę notyfikacyjną, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez polskie prawo.\*

Powyższe dokumenty dostarczymy na każde pisemne żądanie Zamawiającego w terminie przez niego wskazanym.

♦ zaoferowany asortyment w Pakiecie nr 1 pozycja\_\_\_\_5\_\_\_\_\_ nie jest wyrobem medycznym i nie podlega przepisom ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn. zm.) oraz z ustawą z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. 2022 poz. 2301 z póź. zm.).\*

Powyższe dokumenty dostarczymy na każde pisemne żądanie Zamawiającego w terminie przez niego wskazanym.

*\*niepotrzebne skreślić*

Zabrze, 08.04.2024

*miejsowość i data*

\_\_\_\_\_  
*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)*



## WNIOSEK

**ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa** działając jako uczestnik postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z art. 74 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, zwraca się z prośbą o przestanie informacji:

- wszystkich ofert Firm biorących udział w postępowaniu wraz z załącznikami,
- całej korespondencji z Zamawiającym w ramach postępowania (np. wezwania zamawiającego, informacji o poprawieniu omyłek, odpowiedzi wykonawcy i inne składane pisma) powstałej do dnia udostępnienia dokumentów.

Wnosimy o przekazanie żądanych dokumentów w formie plików, które zostały przekazane Zamawiającemu (tj. bez ich modyfikacji czy zmiany formy), tak by możliwe było zweryfikowanie również podpisu, którym zostały opatrzone dokumenty.

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prosimy o przestanie w/w informacji na adres e-mail **przetargi@zarys.pl** lub za pośrednictwem platformy zakupowej.

Zgodnie z art.74 ust.2 oferty wraz z załącznikami udostępnia się **niezwłocznie** po otwarciu ofert, nie później jednak niż w terminie 3 dni.

Z poważaniem