

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

I. DANE WYKONAWCY	
Nazwa i siedziba Wykonawcy*)	<i>J. Chodacki, A. Misztal „Medica” Spółka Jawna</i> <i>ul: Przemysłowa 4A</i> <i>kod: 59-300</i> <i>miejsowość: Lubin</i>
Kategoria przedsiębiorstwa	- mikroprzedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - małym przedsiębiorcą <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - średnim przedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - dużym przedsiębiorcą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - inne : (wskazać)..... <i>zgodnie z definicją MŚP (małe i średnie przedsiębiorstwa) o której mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r., załącznik nr I do Rozporządzenia, art. 2.</i>
Forma prowadzonej działalności/ nr KRS- <i>jeżeli dotyczy</i>	<i>KRS 0000084363</i>
Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) https://ems.ms.gov.pl Wykonawca informuje, iż odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej można pobrać ze strony internetowej https://ems.ms.gov.pl	
*) w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera <i>ul:</i> <i>kod:</i> <i>miejsowość:</i>
NIP	
REGON	
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby)	<i>ul:</i> <i>kod:</i> <i>miejsowość:</i>
Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym	<i>Paulina Szczerbakowicz</i>

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem	e- mail: platforma@medica.lubin.pl fax: brak tel.: 661 465 867
---	---

II. Dane dotyczące Zamawiającego

Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.
ul. Wojska Polskiego 52
66-235 Torzym

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: „**Dostawa materiałów opatrunkowych, pieluchomajtek i środków ochrony osobistej do pracowni cytostatyków**”, Numer sprawy: **382.DN.6.2024** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

Cena oferty w zakresie:

Zadanie nr 7

netto cyfrowo	kwota VAT cyfrowo	brutto cyfrowo	termin dostawy (należy podać jeden z poniższych): do 3 dni roboczych / do 5 dni roboczych / do 7 dni roboczych od momentu złożenia zamówienia
9 800,00 zł	784,00 zł	10 584,00 zł	do 3 dni roboczych

cena netto słownie: dziewięć tysięcy osiemset zł)

podatek VAT słownie: siedemset osiemdziesiąt cztery zł

cena brutto słownie: dziesięć tysięcy pięćset osiemdziesiąt cztery zł)

Oświadczam, że:

Akceptuję termin płatności: 30 dni

Okres gwarancji (wyrażony w liczbie miesięcy): 12 miesięcy od momentu dostarczenia przedmiotu umowy.

Reklamacje będą załatwiane w terminie: 7 dni.

- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji:

Specjalista ds. Sprzedaży i Zakupów Barbara Szpak

tel.: 695 630 996 b.szpak@medica.lubin.pl

- załatwienie wykonania reklamacji:

Specjalista ds. Sprzedaży i Zakupów Barbara Szpak

tel.: 695 630 996 b.szpak@medica.lubin.pl

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Barbara Szpak tel.: 695 630 996 b.szpak@medica.lubin.pl zakres odpowiedzialności Specjalista ds.

Sprzedaży i Zakupów

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- ~~-do reprezentowania w postępowaniu~~
- ~~-do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy~~
- ~~-do zawarcia umowy~~

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia postanowienia projektu umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że nie wprowadziliśmy do załączonych do SWZ formularzy żadnych modyfikacji, poza ich wypełnieniem w miejscach do tego przeznaczonych.
5. Oświadczamy, że oferowane przez nas w niniejszej ofercie produkty spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w zakresie parametrów/ właściwości.
6. Oświadczamy, że oferowane przez nas w niniejszej ofercie produkty spełniają wszystkie wymogi określone dla wyrobów medycznych a wynikające z przepisów prawa:
 - a) ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022 poz. 974),
 - b) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu kwalifikacji wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 215, poz. 1416)
 - c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz.U. 2016 poz. 211)
 - d) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie Dz.U. 2019 poz. 1267

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

Załącznik nr 2

Załącznik nr 3

Pełnomocnictwo

Zastrzeżenie wykonawcy

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

.....
.....

Inne informacje wykonawcy :

.....
.....

Oświadczamy, że

Dostawy objęte przedmiotowym zamówieniem zamierzam wykonać samodzielnie/wykonać przy udziale podwykonawców*).

~~**)~~ Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do zawarcia umowy z podwykonawcami:

1) w zakresie na
kwotę netto plus VAT ... %
2) w zakresie na
kwotę netto plus VAT ... %

*) wybrać odpowiednio

~~**)~~ wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców

W przypadku braku podania informacji na temat podwykonawcy/ów Zamawiający uzna, że wykonawca całość zamówienia wykona sam – bez udziału podwykonawców.

Informuję, że:

~~wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.~~

~~wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług:~~

.....
.....
.....,

~~których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u zamawiającego to:~~

.....
..... zł. netto*

** skreślić niepotrzebne

.....
podpis wykonawcy)