

Załącznik nr 1 do SWZ / Załącznik nr 1 do Umowy

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa Wykonawcy:	FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA S.A.
Adres (siedziba) Wykonawcy:	UL. KRZYWA 13, 60-118 POZNAŃ
Województwo:	WIELKOPOLSKIE
KRS:	0000076738
NIP:	783-14-80-785
REGON:	631120477
Nr rachunku do rozliczeń pomiędzy zamawiającym a Wykonawcą	91 1880 0009 0000 0011 0121 9006
Osoba do kontaktu:	ARKADIUSZ KUŹMA - SPECJALISTA DZIAŁU PRZETARGÓW I UMÓW - PEŁNOMOCNICTWO
Telefon:	61/ 839 26 24 885 441 873
e-mail:	<a href="mailto:arkadiusz.kuzma@fmc-ag.com">arkadiusz.kuzma@fmc-ag.com</a>

### Dane dotyczące zamawiającego

Nazwa Zamawiającego:	Szpital Pomnik Chrztu Polski
Adres (siedziba) Zamawiającego:	ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno
Województwo:	wielkopolskie
KRS:	0000002915
NIP:	784-20-08-454
REGON:	000315123
Telefon:	61 222 83 23
Strona www	<a href="http://www.szpitalpomnik.pl">www.szpitalpomnik.pl</a>
e-mail:	<a href="mailto:zamowienia.publiczne@szpitalpomnik.pl">zamowienia.publiczne@szpitalpomnik.pl</a>

**Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: „Dostawy produktów farmaceutycznych”  
Numer sprawy: DZP.240.6.2023 oferujemy:

1. Całkowita cena za realizację zamówienia:

Cena oferty	Wartość netto	Stawka podatku Vat w ... / ...%	Kwota podatku VAT	Wartość brutto
Zadanie nr 8	489.850,00 zł	8%	39.188,00	529.038,00 zł

**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\*~~

**Oświadczam, że:**

- termin realizacji: **12 miesięcy**
- termin dostawy **do 3 dni roboczych** od daty złożenia zamówienia przez Zamawiającego,
- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji: e-mail, fax,
- termin płatności: do 60 dni.

**Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

- Oświadczam/my**, że zapoznałem się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczam/my**, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
- Oświadczam/my**, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia postanowienia umowy / wzór umowy zostały przeze mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
- Oświadczam/my**, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w specyfikacji warunków zamówienia.
- Oświadczam/my**, iż zaoferowane wyroby medyczne spełniają wymagania zawarte w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022.974 t.j.) oraz z dyrektywą o wyrobach medycznych – UE MDR (Medical Device Regulation – wyroby wyprodukowane po 26.05.2021 r.) i dyrektywą europejską w sprawie wyrobów medycznych (93/42 / EWG znane jako MDD – wyroby wyprodukowane przed 26.05.2021 r.) o ile dotyczy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- Oświadczam/my**, że zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w specyfikacji warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.
- Oświadczam/my**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy sami / ~~z udziałem podwykonawców\*~~

L.p.	Nazwa (firma) podwykonawcy	Część/zakres zamówienia
1.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

8. W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niż wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):

L.p.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

9. Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym)

<b>Mikroprzedsiębiorstwo:</b> przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR	
<b>Małe przedsiębiorstwo:</b> przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR	
<b>Średnie przedsiębiorstwa:</b> przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.	X
<b>Żadne z powyższych</b>	

10. **Oświadczam/my**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2)</sup>
11. ~~Poświadczam wniesienie wadium w formie .....~~ ~~Wadium wpłacone w formie pieniężnej należy zwrócić na rachunek bankowy nr .....~~\*

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

01. JEDZ
02. FORMULARZ OFERTOWY
03. FORMULARZ CENOWY
04. KRS
05. PEŁNOMOCNICTWO
06. OŚWIADCZENIA

#### Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być udostępniane (wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa):

06.04.2023r.  
(data)