

Poznań, 23.05.2022 r.

Kutnowski Szpital Samorządowy”
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
99-300 Kutno
ul. Kościuszki 52

**Firma Duolux Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu w załączeniu przesyła ofertę dotyczącą:
JEDNORAZOWYCH ARTYKUŁÓW MEDYCZNYCH, na łączną
wartość 11.808,00 zł brutto.**

Wykaz załączników do oferty:

- 1) Spis treści,
- 2) Formularz ofertowy Wykonawcy – załącznik nr 1 do SIWZ,
- 3) Formularz asortymentowo – cenowy - załącznik nr 2 do SIWZ,
- 4) Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu – załącznik nr 3 do SIWZ,
- 5) Oświadczenie dot. grupy kapitałowej– załącznik nr 4 do SIWZ,
- 6) Oświadcz. Wykonawcy dotyczące oferowanego przedmiotu zamówienia– załącznik nr 5 do SIWZ,
- 7) Karta katalogowa produktu.

Firma Duolux Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu os. B. Chrobrego 40F/53 zwraca się z uprzejmą prośbą o niezwłoczne przesłanie druków informacyjnych z otwarcia w zakresie oferentów składających ofertę w niniejszym postępowaniu.

| |
|-------------------------|
| FORMULARZ OFERTY |
|-------------------------|

Nazwa Wykonawcy¹: DUOLUX MEDICAL SP.Z.O.O

Siedziba Wykonawcy: OS. B. CHROBREGO 40F/53, 60-681 POZNAŃ woj. WIELKOPOLSKIE

REGON: 302214517

NIP: 9721240816

Wykonawca wpisany do Rejestru KRS

pod Nr 0000542307

Telefon kontaktowy 61 622 94 77 fax: 61 622 94 68 e-mail: medical@duoluxmedical.pl

Osoba/y, które będą podpisywać umowę HENRYK MACIEJSKI

Osoba/osoby wpisane w dokumencie rejestracyjnym firmy uprawniona/ne do reprezentowania firmy:
HENRYK MACIEJSKI

Zamawiający: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o. o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno,
Nr postępowania: ZP/11/22

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pn.: „**Jednorazowe artykuły medyczne**” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, w podziale na poszczególne Pakiety:

Pakiet Nr 26 - wartość netto: 9 600 zł, wartość brutto: 11 808 zł **

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie **do 1 dni roboczych ***** od złożenia danego zamówienia
2. Wyrażamy zgodę na termin płatności: **60 dni (45 dni/60 dni)****** od dnia przedłożenia prawidłowej pod względem księgowym i finansowym faktury VAT w siedzibie Zamawiającego.
3. Należność będzie wplacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy, który jest zgodny(*): **UWAGA: niepotrzebne skreślić**
 - z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT
 - ~~z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością w przypadku innych podatników~~
4. **OŚWIADCZAMY, że:**
 - 1) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania;
 - 2) przedmiot zamówienia dostarczymy na swój koszt i ryzyko;
 - 3) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
 - 4) ~~zamierzamy~~/ nie zamierzamy* powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom*: **UWAGA: niepotrzebne skreślić**

| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez Podwykonawcę | Nazwa Podwykonawcy |
|-----|---|--------------------|
| | | |

* niepotrzebne skreślić.

** wypełnić tylko w zakresie składanej oferty.

*** wpisać termin dostawy

**** wpisać termin płatności

¹ w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

- 5) zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostały zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 6) 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.

6. **OŚWIADCZAMY**, że wybór naszej oferty*: **UWAGA: niepotrzebne skreślić**

nie będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106)

~~**będzie prowadzić** u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106), wobec czego wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku:~~

| Lp. | Nazwy (rodzaje) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
|-----|---|--|--|
| | | | |
| | | | |

7. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

| | |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko | PATRYCJA GOETZ |
| Adres | OS. B. CHROBREGO 40F/53, 60-681 POZNAŃ |
| Telefon | 61 622 94 77 |
| e-mail | patrycja.goetz@duoluxmedical.pl |

8. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku nr pod nazwą stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2020 r., poz. 1913, tj. ze zm.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

* niepotrzebne skreślić

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 (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa znajduje się w pliku pn.

9. Rodzaj Wykonawcy: oświadczamy, iż należymy do następującej kategorii wykonawców:

- a) Mikroprzedsiębiorstw X
- b) małych przedsiębiorstw
- c) średnich przedsiębiorstw.....
- d) jednoosobowa działalność gospodarcza
- e) osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej
- f) inny rodzaj

(zaznaczyć właściwe – w przypadku braku zaznaczenia którejkolwiek odpowiedzi Zamawiający będzie przyjmował, iż Wykonawca należy do kategorii mikroprzedsiębiorstw – Zamawiający wymaga udzielenie odpowiedzi na niniejsze pytanie ze względu na konieczność przekazywania informacji w tym zakresie Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych)

| Pakiet Nr 26 - SZCZOTKI CHIRURGICZNE Z CHLORHEKSYDYNA | | | | | | | | | |
|---|--|-------|------------------------------|------------------------|---------|-------------------------|---------------|----------------|-----------------------------|
| L.p | Przedmiot zamówienia | Jedn. | Zapotrzebowanie ilość op. | Cena jednostkowa netto | VAT w % | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Numer katalogowy, Producent |
| 1 | Szczorki chirurgiczne z chlorheksydyną | szt | 6000 | 1,6 | 23% | 1,97 | 9600 | 11808 | CV MEDICA 0030230H |

Nr postępowania: **ZP/11/22**

Zamawiający:
„Kutnowski Szpital Samorządowy”
Spółka z o.o.
ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
NIP: 7752631681, REGON: 100974785

Wykonawca:

DUOLUX MEDICAL SP.Z.O.O
OS. B. CHROBREGO 40F/53, 60-681 POZNAŃ
NIP: 9721240816
KRS: 0000542307
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

HENRYK MACIEJSKI-PREZES
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2019, poz. 2019 tj. ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp), dotyczące:

PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez „**Kutnowski Szpital Samorządowy**” Sp. z o.o. pn.: **JEDNORAZOWE ARTYKUŁY MEDYCZNE**

Oświadczam/(-my), co następuje:

- 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. 2022, poz. 835).
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.*
- ~~• Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze*:~~

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

* niepotrzebne skreślić

Nr postępowania: ZP/11/22

Wykonawca:

DUOLUX MEDICAL SP.Z.O.O
OS. B. CHROBREGO 40F/53, 60-681 POZNAŃ
NIP: 9721240816
KRS: 0000542307

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

HENRYK MACIEJSKI-PREZES

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

składane w zakresie art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2019 poz. 2019 tj. ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp), dotyczące:

przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.:

JEDNORAZOWE ARTYKUŁY MEDYCZNE

oświadczam/(-my), co następuje:

nie przynależę¹ do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu.

~~przynależę~~¹ do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu:

| Lp. | Nazwa podmiotu | Adres podmiotu |
|-----|----------------|----------------|
| 1 | | |
| 2 | | |

Uwaga

Wykonawca może przedstawić dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.

¹ Niepotrzebne skreślić

Nr postępowania: ZP/11/22

Wykonawca:

DUOLUX MEDICAL SP.Z.O.O

OS. B. CHROBREGO 40F/53, 60-681 POZNAŃ

NIP: 9721240816

KRS: 0000542307

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: HENRYK MACIEJSKI-PREZES

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.: **Jednorazowe artykuły medyczne**

oświadczam/(-my), co następuje:

Oferowany przez nas przedmiot zamówienia posiada wszystkie wymagane aktualne dokumenty (deklaracja zgodności wyrobu z wymaganiami zasadniczymi wystawiona przez producenta, certyfikat zgodności jednostki notyfikowanej, jeżeli brała udział w ocenie zgodności i zgłoszenie/powiadomienie do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych) dopuszczające do obrotu i stosowania zgodnie z przepisami ustawy z dn. 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2021, poz. 1556 tj. z późn. zm.) lub w przypadku wyrobów nie medycznych inne wymagane dokumenty, zgodnie z obowiązującymi przepisami, i zobowiązujemy się do ich przekazania na każde żądanie Zamawiającego.

SZCZOTECZKA DISPOMEDIC SCRUB Z CHLORHEKSYDYNĄ



OPIS

Jednorazowa szczoteczka Dispomedic Scrub z chlorheksydyną jest idealnym produktem do chirurgicznego mycia rąk i dezynfekcji – zachowanie odpowiednich środków ostrożności i higieny przed operacją pacjenta oraz w strefach o wysokim stopniu ryzyka i bakterii. Anatomiczny kształt i odpowiednia elastyczność zapewnia większy komfort stosowania. Używać tylko do nienaruszonej skóry.

Opakowanie zawierające 30 sztuk szczoteczek może służyć, jako wygodny dyspenser / dozownik na bloku operacyjnym. Można je przymocować do ściany lub ustawić bezpośrednio na blacie.

SKŁAD

- miękkie włosie: polietylen
- gąbka: 100% pianka poliuretanowa
- środek antyseptyczny: nasączona 4% roztworem glukonianu chlorheksydyny
- komplet z pilniczkiem

DANE

- wymiary: 80 x 50 x 35 mm
- ilość: w opakowaniu pojedynczym 30 szt., w opakowaniu zbiorczym 450 szt.
- numer katalogowy: 0030230H
- producent: C.V. Medica / Hiszpania