

## FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy<sup>1</sup>: .Neomed Sp.z o.o.

Siedziba Wykonawcy: ul. Orężna 6a , 05-501 Piaseczno woj. Mazowieckie

REGON: 147 10 76 23 NIP: .123 128 41 33

Wykonawca wpisany do Rejestru KRS .....  
pod Nr 0000 500 351

Telefon kontaktowy .506 948 299 . fax: brak .....e-mail: [neomed@neomedpolska.pl](mailto:neomed@neomedpolska.pl) .

Osoba/y, które będą podpisywać umowę .Maciej Wrona- prezes .....

Osoba/osoby wpisane w dokumencie rejestracyjnym firmy uprawniona/ne do reprezentowania firmy: .Maciej Wrona ..

Zamawiający: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o. o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno,  
**Nr postępowania: ZP/8/24**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pn.: **JEDNORAZOWE ARTYKUŁY MEDYCZNE (niesterylne)** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, w podziale na poszczególne Pakiety:

Pakiet Nr 12 - wartość netto: 48 185,00 zł, wartość brutto: 52 039,80 zł \*\*

Pakiet Nr 13 - wartość netto: 5 360,00 zł, wartość brutto: 5 788,80 zł \*\*

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie **do ..... dni\*\* roboczych** od złożenia danego zamówienia. **UWAGA: wpisać termin dostawy – dotyczy Pakietów Nr: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20**
2. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie **do 3 dni roboczych** od złożenia danego zamówienia – **dotyczy Pakietów Nr: 5, 6, 7, 10, 12, 13, 18.**
3. Wyrażamy zgodę na termin płatności: 45 **dni (45 dni/60 dni)\*\*\*** od dnia przedłożenia prawidłowej pod względem księgowym i finansowym faktury VAT w siedzibie Zamawiającego.
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 płatności

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

**Uwaga:** niezaznaczenie przez wykonawcę powyższej informacji i nie wypełnienie tabeli rozumiane będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, że Wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia Podwykonawcy.

- 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 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>3</sup>.

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

**Uwaga** niezaznaczenie przez wykonawcę powyższej informacji i nie wypełnienie tabeli rozumiane będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, że wybór oferty wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

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

Imię i nazwisko	Dział Zamówień Publicznych
Adres	Ul. Orężna 6a, 05-501 Piaseczno
Telefon	506 948 299
e-mail	neomed@neomedpolska.pl

\* niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

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.

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

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

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| a) Mikroprzedsiębiorstw .....                             | <input type="checkbox"/>            |
| b) małych przedsiębiorstw .....                           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c) średnich przedsiębiorstw.....                          | <input type="checkbox"/>            |
| d) jednoosobowa działalność gospodarcza .....             | <input type="checkbox"/>            |
| e) osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/>            |
| f) inny rodzaj .....                                      | <input type="checkbox"/>            |

*(**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 względów na konieczność przekazywania informacji w tym zakresie Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych)*