

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy<sup>1</sup>: GE Medical Systems Polska Sp. z o.o.

Siedziba Wykonawcy: ul. Wołoska 9; 02-583 Warszawa woj. Mazowieckie

REGON: 010478403 NIP: 522-00-19-702

Wykonawca wpisany do Rejestru: Krajowego Rejestru Sądowego  
pod Nr KRS 0000040213

Telefon kontaktowy: 22 330 83 00 / 506 861 417 fax: ..... e-mail:  
przetargi.ITO@gehealthcare.com

Osoba/y, które będą podpisywać umowę Członek Zarządu / Prokurent – zgodnie z KRS

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

Członek Zarządu / Prokurent – zgodnie z KRS

Martyna Wychowaniec – na podstawie udzielonego pełnomocnictwa

Zamawiający: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o. o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno,  
**Nr postępowania: ZP/11/24**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pn.: **Zakup aparatu do znieczulenia ogólnego** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia:

Ogólna wartość oferty netto wynosi: 139 000,00 PLN,  
(słownie: sto trzydzieści dziewięć tysięcy złotych 00/100)  
(w tym 8% podatku VAT)

Ogólna wartość oferty brutto wynosi: 150 120,00 PLN,  
(słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy sto dwadzieścia złotych 00/100)

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie najpóźniej **do 2 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Zobowiązujemy się udzielić gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia na okres: **24 miesięcy\***.
3. Wyrażamy zgodę na termin płatności: **45 dni (45 dni/60 dni)\*\*** od dnia podpisania bezusterkowego protokołu zdawczo-odbiorczego i 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) zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z wymaganiami ustawy 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022. 974 z dnia 2022.05.09) oraz oznakowany jest znakiem CE i posiada ważną deklarację zgodności CE.

\* wpisać okres gwarancji

\*\* wpisać termin płatności

\*\*\* niepotrzebne skreślić

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

- 3) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
- 4) ~~zamierzamy~~/nie zamierzamy\*\*\* powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*:

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

**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:

**nie będzie** prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U.2023.1570 tj. z dnia 2023.08.09)\*\*\*

~~**będzie prowadzić** u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U.2023.1570 tj. z dnia 2023.08.09), 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.

<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).

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

Imię i nazwisko	Martyna Wychowaniec
Adres	GE Medical Systems Polska Sp. Z o.o. ul. Wołoska 9; 02-583 Warszawa
Telefon	506 861 417
e-mail	martyna.wychowaniec@gehealthcare.com przetargi.ITO@gehealthcare.com

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 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2022.1223 t.j. z dnia 2022.06.09) 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 .....
- b) małych przedsiębiorstw .....
- c) średnich przedsiębiorstw.....
- d) jednoosobowa działalność gospodarcza.....
- e) osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej .....
- f) inny rodzaj ..... [X]

*(**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)*