

Załącznik nr 1 do SWZ

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa Wykonawcy:	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.
Adres (siedziba) Wykonawcy:	40-273 Katowice, ul. Gen. Kazimierza Pułaskiego 9
Województwo:	śląskie
KRS:	0000143136
NIP:	6340125442
REGON:	271059470
Nr rachunku do rozliczeń pomiędzy zamawiającym a Wykonawcą:	97 1140 1078 0000 4069 1300 1002
Osoba do kontaktu:	Klaudia Szarwark
Telefon:	(32)788-55-76
e-mail:	<a href="mailto:przetargi@salusint.com.pl">przetargi@salusint.com.pl</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 pn: *Dostawy produktów farmaceutycznych II*, Numer sprawy: *DZP.240.10.2024* oferujemy:

## 1. Całkowita cena za realizację zamówienia\*:

Cena oferty	Wartość netto	Stawka podatku VAT w ... / ...%	Kwota podatku VAT	Wartość brutto
Zadanie nr 1	165 672,00 zł	8%	13 253,76 zł	178 925,76 zł
Zadanie nr 2	90 090,00 zł	8%	7 207,20 zł	97 297,20 zł
Zadanie nr 4	41 912,00 zł	8%	3 352,96 zł	45 264,96 zł
Zadanie nr 5	38 160,00 zł	8%	3 052,80 zł	41 212,80 zł
Zadanie nr 10	114 060,50 zł	8% 23%	10 894,82 zł	124 955,32 zł
Zadanie nr 13	108 459,00 zł	8%	8 676,72 zł	117 135,72 zł
Zadanie nr 14	73 940,66 zł	8%	5 915,27 zł	79 855,93 zł
Zadanie nr 15	50 765,55 zł	8%	4 061,24 zł	54 826,79 zł
Zadanie nr 16	587 153,20 zł	8%	46 972,26 zł	634 125,46 zł
Zadanie nr 17	345 911,15 zł	8%	27 672,90 zł	373 584,05 zł
Zadanie nr 19	17 415,00 zł	8%	1 393,20 zł	18 808,20 zł
Zadanie nr 22	29 619,30 zł	8% 23%	2 420,39 zł	32 039,69 zł
Zadanie nr 23	46 189,17 zł	8% 23%	3 858,21 zł	50 047,38 zł
RAZEM	1 709 347,53 zł	8%	138 731,73 zł	1 848 079,26 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 płatności: **do 60 dni**,

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

#### Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

1. **Oświadczam/my**, że zapoznałem się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. **Oświadczam/my**, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
3. **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.
4. **Oświadczam/my**, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w specyfikacji warunków zamówienia.
5. **Oświadczam/my**, iż zaoferowane wyroby medyczne spełniają wymagania zawarte w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 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.
6. **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.
7. **Oświadczam/my**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy sami / ~~z udziałem podwykonawców\*~~

L.p.	Nazwa (firma) podwykonawcy	Część/zakres zamówienia
1.		
2.		
3.		

(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.		
2.		
3.		

(należy wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

9. Wykonawca wyznacza do przyjmowania w jego imieniu oświadczeń oraz reprezentowania w sprawach związanych z realizacją umowy osobę/y:

L.p.	Osoba	Tel/fax	e-mail
1.	Jolanta Niedzielska	(32)788-55-74	<a href="mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl">zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl</a>
2.			
3.			

## 10. 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.	
<b>Żadne z powyższych</b>	x

11. **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>

## Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

- Formularz asortymentowo-cenowy
- JEDZ
- Pełnomocnictwo

**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*):

.....

.....

.....

Inne informacje Wykonawcy:

.....

.....

.....

.....  
(data)

\* niepotrzebne skreślić

<sup>1)</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>2)</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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).