



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblag](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag) [www.szpitalspecialistyczny.elblag.pl](http://www.szpitalspecialistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek

Nr sprawy:  
ZP/11/2024

Załącznik nr 1 do SWZ

## OFERTA

### ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: <b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>	
Adres: <b>82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35</b>	
NIP: 578-310-44-67	REGON: 281098840

### 1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: <b>DIAG-MED Grażyna Konecka</b>		
NIP: <b>534-100-06-82</b>	REGON: <b>010722547</b>	
Adres: <b>Słowikowskiego 85A bud. H6</b>		
Miejscowość: <b>Raszyn</b>	Kod pocztowy: <b>05-090</b>	Województwo: <b>mazowieckie</b>
e-mail: <b>przetargi@diag-med.pl</b>		Tel: <b>22 274 16 07</b>
Adres do korespondencji: <b>Słowikowskiego 85A bud. H6</b>		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		
<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input checked="" type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *		
<input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *		
<input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *		

### 2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

*(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)*

Nazwa:		
NIP:	REGON:	
Adres:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Województwo:
e-mail:		Tel:
Adres do korespondencji:		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		
<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *		
<input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *		
<input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *		

- \* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
- \* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
- \* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
- \* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
- \* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblag](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag) [www.szpitalspecialistyczny.elblag.pl](http://www.szpitalspecialistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek

Nr sprawy:  
ZP/11/2024

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/11/2024 na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek** składamy ofertę:

Wartość zamówienia przez okres 3 lat na dostawę odczynników, kalibratorów, materiałów eksploatacyjnych, akcesoriów i materiałów pomocniczych wynosi:

245.494,00 zł netto + 19.639,52 zł VAT = 265.133,52 zł brutto (słownie: dwieście sześćdziesiąt pięć tysięcy sto trzydzieści trzy 52/100 zł)

Wartość zamówienia przez okres 3 lat na dzierżawy analizatorów i dostawę części zużywalnych wynosi:

14.400,00 zł netto + 3.312,00 zł VAT = 17.712,00 zł brutto (słownie: siedemnaście tysięcy siedemset dwaście 00/100 zł)

**Całkowita wartość zamówienia przez okres 3 lat wynosi:**

259.894,00 zł netto + 22.951,52 zł VAT = **282.845,52 zł** brutto (słownie: dwieście osiemdziesiąt dwa tysiące osiemset czterdzieści pięć 52/100 zł)

**Oferowany termin dostawy odczynników 2 dni robocze (2 lub 3 dni robocze – parametr podlega ocenie)\***

Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne wartości niż wskazane powyżej, Wykonawca oświadcza, że oferowany termin dostawy wynosić będzie **3 dni robocze** licząc od dnia przesłania zamówienia do Wykonawcy.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy
	*	*
	*	*

- Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współdziałaniu podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
- Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty (*zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”*):

- Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że towary/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT
*	*	*
*	*	*

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r., poz. 361).

- Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

**1. Załącznik\_nr\_1\_Oferta**



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblag](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag) [www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl](http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek

Nr sprawy:  
ZP/11/2024

2. Załącznik\_nr\_1\_1\_Formularz\_asortymentowo\_cenowy
  3. Załącznik\_nr\_2\_Oświadczenie\_Wykonawcy\_wykluczenie\_art7\_Ukraina
  4. Załącznik\_nr\_3\_Oświadczenie\_warunki\_wykluczenia
  5. CE Aparatu, materiały potwierdzające paramenty, deklaracje CE odczynników, ulotki odczynnikowe, Certyfikaty Jakości
  6. Pełnomocnictwo
6. Oświadczam, 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>
7. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan **Anna Zaczek** telefon kontaktowy **22 274 16 07**
8. **Osoba/ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan **Anna Zaczek St. Specjalista ds. Zam. Publicznych** (wpisać nazwisko, funkcję)
9. **Adres e-mail, na który pracownicy Zamawiającego mają kierować zamówienia:**  
adres e-mail: **przetargi@diag-med.pl**

Raszyn, dnia, 05-04-2024r.

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

<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).