



Formularz oferty

Załącznik nr 2 do SWZ

Oznaczenie sprawy: PN-48/24

Dutchmed PL Sp. z o.o.
ul. Szajnochy 14
85-738 BYDGOSZCZ
tel./fax (052) 345-31-15
NIP 554-023-08-29

(oznaczenie Wykonawcy)

Dane Wykonawcy:

Nazwa: **DUTCHMED PL Sp. z o.o.**

Siedziba: **ul. Szajnochy 14, 85-738 BYDGOSZCZ**

województwo: Kujawsko-Pomorskie

? Adres poczty elektronicznej: **tomek@dutchmed.pl**

Numer telefonu: (52) 345-31-15

Numer faksu: (52) 345-31-15

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: KRS nr 0000088016

Nr REGON: 006937759

Nr NIP: 554-023-08-29

Numer konta Wykonawcy: **43103015080000000801164005**

Informacja Wykonawcy dotycząca podmiotów z sektora MŚP:

Jako Wykonawca jestem **małym** przedsiębiorstwem.

Zamawiający: **Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań, nr telefonu: 61 8 419 073.**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę wyrobów medycznych w podziale na 22 części** składam ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia za cenę:

Wykonawca wypełnia tylko te części zamówienia na które składa ofertę.

części zamówienia nr 4

a. cena (netto): **388 898,00** złotych

b. cena (brutto): **420 009,84** złotych

zgodną z wyliczeniem przedstawionym w **formularzu asortymentowo-cenowym**.

4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **90 dni** rozpoczynający się wraz z upływem terminu składania ofert.
5. Składając niniejszą ofertę oświadczam, że wybór oferty ~~będzie~~/nie będzie* prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego w zakresie:
(jeżeli dotyczy wskazać zakres zamówienia oraz wartość bez podatku od towaru i usług-netto)
6. Oferujemy wykonanie zamówienia na następujących zasadach określonych w Specyfikacji Warunków zamówienia.
7. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że akceptujemy warunki określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym szczególności dotyczące postanowień umowy i zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Wykonawca składa oświadczenie (jeżeli dotyczy).

	GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	F16b - ZP	
		Wydanie 3	Strona 2 z 2
Formularz oferty			

W celu zapewnienia, że wykonawca wypełnił obowiązki wynikające z RODO, w szczególności obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 RODO względem osób fizycznych, których dane osobowe dotyczą i od których dane te wykonawca bezpośrednio pozyskał Wykonawca zobowiązany jest do złożenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczenia o wypełnieniu przez niego obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO o następującej treści:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu chyba, że ma zastosowanie co najmniej jedno z włączyć, o których mowa w art. 14 ust. 5 RODO.

Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.)

Wykaz załączników:

1. Formularz cenowy – zał. nr 1
2. Opis przedmiotu zamówienia – zał. nr 2
3. Oświadczenie Oferenta I – zał. nr 3
4. Oświadczenie Oferenta II – zał. nr 4
5. Oświadczenie Oferenta III – zał. nr 5
6. Oświadczenie Oferenta IV – zał. nr 6
7. JEDZ – zał. nr 7
8. KRS – zał. nr 8
9. KRK – zał. nr 9
10. Zaświadczenie z CRBR – zał. nr 10
11. Pełnomocnictwo – zał. nr 11

Podpis kwalifikowany