

Camedica Paweł Harasimiuk spółka komandytowa  
ul. Willowa 87, 20-819 Lublin  
NIP 5391503758  
Regon 060605127  
KRS 0001027847  
( dane Wykonawcy )

Lublin. , dnia 29.05.2024r.  
(miejscowość)

### Formularz ofertowy

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn. „**Dostawa sprzętu do ECPW i innego asortymentu do Pracowni Endoskopowej przez okres 24 miesięcy**” dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, które przekazane zostało zgodnie z art. 130 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej w dniu **19.04.2024r.**, i opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu **22.04.2024r.**, pod nr **237544-2024** oraz zamieszczone na platformie zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wloclawek> w dniu **22.04.2024r.**, zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę.

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

#### **Część nr 10**

łączna wartość netto : 40 350,00 PLN (słownie: czterdzieści tysięcy trzysta pięćdziesiąt 00/100 PLN)

łączna wartość brutto : 43 578,00 PLN (słownie: czterdzieści trzy tysiące pięćset siedemdziesiąt osiem 00/100 PLN)

**Oferujemy 1 (maksymalnie 5 dni roboczych) – dniowy termin dostawy** liczony od dnia złożenia zamówienia w formie e-mailowej.

#### **Część nr 16**

łączna wartość netto : 13 477,50 PLN (słownie: trzynaście tysięcy czterysta siedemdziesiąt siedem 50/100 PLN)

łączna wartość brutto : 14 555,70 PLN (słownie: czternaście tysięcy pięćset pięćdziesiąt pięć 7-0/100 PLN)

**Oferujemy 1 (maksymalnie 5 dni roboczych) – dniowy termin dostawy** liczony od dnia złożenia zamówienia w formie e-mailowej.

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w SWZ oraz w załącznikach od nr 2.1 do 2.20 niniejszej SWZ.**

#### **Oświadczamy, że:**

1. Pozostajemy związani niniejszą ofertą przez okres 90 dni (liczone od dnia upływu terminu składania ofert, przy czym pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert).

2. Projekt umowy stanowiący załącznik do niniejszej SWZ został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na proponowanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Jesteśmy\*/nie jesteśmy płatnikiem podatku od towaru i usług ( VAT) NIP 5391503758
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz wszystkimi jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz otrzymaliśmy od Zamawiającego niezbędne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że wybór naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*:

X NIE

☐ TAK, w związku z tym przedstawiamy informacje dotyczące:

- nazwy (rodzaj) towaru, którego dostawa będzie prowadziła do powstania obowiązku podatkowego:  
.....
- wartości towaru objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku:  
.....
- stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie:  
.....

*(w przypadku braku wypełnienia powyższych informacji, w tym braku zaznaczenia odpowiedzi TAK/NIE Zamawiający uzna, że wybór oferty wykonawcy nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego)*

6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Wskazuję części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom, i podaję nazwy albo firmy podwykonawców:  
.....
8. Podaję nazwy (firmy) Podwykonawców, na których zasoby powołuje się na zasadach określonych w art. 118-123 uPzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu,  
.....
9. Adres poczty elektronicznej do korespondencji:

m.niescior@camedica.pl

10. Wykonawca jest\*:

- ☐ mikroprzedsiębiorstwem
- ☒ małym przedsiębiorstwem
- ☐ średnim przedsiębiorstwem
- ☐ jednoosobowa działalność gospodarcza
- ☐ osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej
- ☐ inny rodzaj

\* zaznaczyć właściwe

11. Wadium wniesione w innej formie niż pieniężna należy przesłać na adres e-mailowy GWARANTA:

.....

Osoby do kontaktów z Zamawiającym :

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

1. Dorota Bagińska tel. kontaktowy, +48 534 266 642 e-mail: d.baginska@camedica.pl., zakres odpowiedzialności kontakt w sprawie realizacji umowy
2. Biuro Obsługi Klienta tel./fax 81 741 77 29/81 472 90 15 camedica@gmail.com zakres odpowiedzialności realizacja zamówień

\* Niewłaściwe skreślić