

## Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Oferty

### FORMULARZ OFERTOWY

#### 1. Dane Wykonawcy:

Nazwa: Diag-Med Grażyna Konecka

Siedziba: 05-090 Raszyn, ul. Słowikowskiego 85A, bud. H6

Województwo: mazowieckie

Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*:

- ~~Mikroprzedsiębiorstwem~~  
 Małym przedsiębiorstwem  
 ~~Średnim przedsiębiorstwem~~  
 Innym

\*\* w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: 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.

Nr telefonu: 222741606 Adres poczty elektronicznej: [przetargi@diag-med.pl](mailto:przetargi@diag-med.pl)

Nr NIP: 5341000682 REGON 010722547

Nr KRS: wpis do CEiDG

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym pn. „Sukcesywna dostawa podłoży mikrobiologicznych na płytkach, w probówkach, testów do oznaczania wartości MIC antybiotyków, testów kasetkowych immunochromatograficznych oraz testów serologicznych i surowic na potrzeby Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej” sprawa nr 14/ZP/2023, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia za wartość:

Część	Wartość oferty netto	Wartość oferty brutto	Wartość słownie
1			
2			
3	91 753,24	99 093,50	dziewięćdziesiąt dziewięć tysięcy dziewięćdziesiąt trzy 50/100 PLN
4			
5			

2. Ponadto oświadczam, że:

- a. Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
  - b. Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
  - c. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
  - d. Termin związania z ofertą 30 dni, tj. do dnia 29.07.2023 r.
  - e. Akceptuję bez zastrzeżeń *Wzór Umowy* przedstawiony w SWZ i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
  - f. Składam niniejszą ofertę [we własnym imieniu], / ~~jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia~~<sup>\*</sup>,
  - g. Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
  - h. Oświadczamy, iż posiadamy następujące dokumenty:  
Certyfikat ISO 9001, Certyfikat Jakości ISO 17025, Certyfikaty Kontroli Jakości, Certyfikat Zgodności
  - i. ~~Oświadczamy, że następująca część zamówienia..... będzie powierzona podwykonawcom.~~
  - j. ~~Na podstawie art. 18 ust. 3 Ustawy PZP, strony w ofercie od..... do ..... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania.~~
- (Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.)**
- k. 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.

3. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

**Imię: Agnieszka, Nazwisko: Teter-Łabudzińska**

**Nr telefonu: 222741606, Adres e-mail [przetargi@diag-med.pl](mailto:przetargi@diag-med.pl)**

4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

**Imię: Karol, Nazwisko: Tymiński**

**Nr tel.: 222741613**

---

<sup>\*</sup> Niepotrzebne skreślić

\*\*\* brak skreślenia będzie uznane, że Wykonawca nie jest małym/średnim przedsiębiorcą

Data i podpis osoby upoważniona  
do podpisania niniejszej oferty