

FORMULARZ OFERTY

Szpital św. Anny w Miechowie

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego nr **14/PN/2024 Dostawa sprzętu i materiałów medycznych jednorazowego użytku do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie.**

my niżej podpisani:

działając w imieniu i na rzecz:

BERYL MED POLAND Sp. z o.o.

Ul. Rtm. Witolda Pileckiego 59/151, 02-781 Warszawa

Adres do korespondencji: ul. Sadowa 14, 05-410 Józefów

NIP PL5321786998

REGON 017397116

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) NIP, REGON; w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę).

- 1. Składamy ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
- 2. Oświadczamy**, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem Pełnomocnikiem do reprezentowania nas w postępowaniu lub reprezentowania nas w postępowaniu i zawarcia umowy jest: *nie dotyczy*

(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnika)

- 3. Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
- 4. Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Rozdziałem II SWZ „Ochrona danych osobowych”.
- 5. Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
- 6. Zobowiązujemy się** do realizacji umowy w terminie określonym w SWZ.
- 7. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:**

1) grupa nr 10 za kwotę w wysokości: 360,00 złotych netto (słownie: trzysta sześćdziesiąt złotych netto), co stanowi 388,80 złotych brutto (słownie: trzysta osiemdziesiąt osiem złotych, 80 gr brutto), obliczoną na podstawie załącznika asortymentowo-cenowego stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ, który jest integralną częścią Formularza Oferty.

2) grupa nr 13 za kwotę w wysokości: 11 680,00 złotych netto (słownie: jedenaście tysięcy sześćset osiemdziesiąt złotych netto), co stanowi 12 614,40 złotych brutto (słownie: dwanaście tysięcy sześćset czternaście złotych, 40 gr brutto), obliczoną na podstawie

załącznika asortymentowo-cenowego stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ, który jest integralną częścią Formularza Oferty.

Termin płatności **60** dni od daty dostarczenia faktury VAT.

8. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

9. Wnieśliśmy wadium w wysokości _____ zł, w formie _____ W przypadku zaistnienia jednej z przesłanek określonych w art. 98 ustawy Pzp, wadium wniesione w formie pieniądza należy zwrócić na rachunek o numerze: _____ prowadzonym w banku _____.

~~**10. Zamówienie zrealizujemy sami/ przy udziale Podwykonawców*.**~~

~~Podwykonawcom zamierzamy powierzyć do wykonania następujące zakresy zamówienia:~~

~~_____ (opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)~~

~~Podwykonawcą będzie firma _____~~

~~(należy wpisać nazwę i dane adresowe podmiotu).~~

11. Oświadczam, iż jestem (należy zaznaczyć znakiem X):

mikroprzedsiębiorstwem	
małym przedsiębiorstwem	X
średnim przedsiębiorstwem	
jednoosobową działalnością gospodarczą	
osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej	
inny rodzaj.....(jaki)	

12. Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego UE? ~~Tak~~/Nie*

13. Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem UE? ~~Tak~~/Nie *

14. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Istotnymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi Załącznik nr 7 do Specyfikacji Warunków Zamówienia. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

15. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko Jadwiga Maniecka

Telefon: 126344411

Faks: 126344411 Adres e-mail: j.maniecka@beryl-med.com

16. Do oferty załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1/ formularze cenowe dla zadania nr 10 , 13

2/Oświadczenie wg załącznika nr 2a do SWZ

3/ Pełnomocnictwo

4/KRS

podpis elektroniczny osoby (osób)
upoważnionej

do składania oświadczeń woli

* - nieodpowiednie skreślić