

## FORMULARZ OFERTY

### Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

MEDICAVERA Sp z o.o Dahlhausen Group

### Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Majowa 2 , kod pocztowy 71 - 374 miejscowość: Szczecin

województwo: zachodniopomorskie kod NUTS: .....

REGON 321474130 NIP 852-260-60-88 KRS 0000502765

### Telefon oraz e-mail Wykonawcy

91 421 00 32 [przetarg@medicavera.pl](mailto:przetarg@medicavera.pl)

### Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:

**Magdalena Babula sp ds zamówień publicznych / pełnomocnik**

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

### Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

**Adam Jański - Prezes Zarządu** (proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe oraz numer telefonu osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do koordynowania realizacji przedmiotu umowy oraz przekazywania wzajemnych uwag wynikających z realizacji niniejszej umowy:

Mateusz Strugacz [mateusz.strugacz@medicavera.pl](mailto:mateusz.strugacz@medicavera.pl) 509 699 274

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE\***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK / NIE\***
- Rodzaj Wykonawcy: ☐ mikroprzedsiębiorstwo ☐ Małe przedsiębiorstwo ☐ średnie przedsiębiorstwo<sup>1</sup> ☐ jednoosobowa działalność gospodarcza ☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej ☐ inny rodzaj\*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE\***

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Modernizacja i doposażenie w sprzęt medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPS ZOZ w Lęborku – dostawa sprzętu medycznego**”. Znak sprawy: **ZP-PN/UE/04/24 SKŁADAM/-Y OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

### Część nr 1 Kardiomonitoring z centralą nadzoru

<sup>1</sup> (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **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 przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 2 Łóżka szpitalne, łóżka szpitalne do intensywnej terapii**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 3 Aparat do znieczulania**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 4 Gastroskop**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 5 Wózki transportowe do przewożenia pacjenta siedzącego, wózki transportowe do przewożenia pacjenta leżącego, wózek transportowy z konstrukcją do badań RTG**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 6 Respirator stacjonarno-transportowy**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 7 Defibrylatory**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 8 Pompy objętościowe, pompy strzykawkowe**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 9 Wózki anestezyjologiczne (stoliki)**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 10 Aparaty EKG**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 11 Aparat EKG bezprzewodowy**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 12 Wózek-wanna (wózek transportowo-kąpielowy)**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

**Część nr 13 Elektryczne urządzenia do ssania (ssaki medyczne)**

Wartość netto: 34000,00 zł, co stanowi wartość brutto: 36720,00 zł, podatek VAT ...8.....%

**Część nr 14 Zestawy do trudnej intubacji**

**Wartość netto:** 33 930,00 zł, co stanowi wartość brutto: 36 644,40 zł, podatek VAT ..8.....%

**Część nr 15 Aparaty do ogrzewania krwi i płynów infuzyjnych**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

**Część nr 16 Ogrzewacze pacjenta**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

**Część nr 17 Pulsoksymetry**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

**Część nr 18 Lampa zabiegowa**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

**Część nr 19 Worki samorozprężalne**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

**Część nr 20 Nebulizatory**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

**Część nr 21 Zestawy do segregacji medycznej (triage)**

**Wartość netto:** ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

Informuję/-my, iż wybór oferty będzie ~~przewodzić~~ /nie będzie prowadzić\* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług<sup>2</sup>:

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: .....

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym z a m a w i a j ą c e g o ,                      b e z                      k w o t y                      p o d a t k u :  
.....

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: .....

2. Oświadczam/-y, że zaoferowane wyroby medyczne, stanowiące przedmiot zamówienia, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych

---

<sup>2</sup> Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

oraz posiadają dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną.\*

~~Oświadczam/-y, że niżej wymienione wyroby objęte przedmiotem zamówienia, nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim:\*~~

3. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.

4. Przewiduję/-my powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE \***

| lp | Nazwa/firma podwykonawcy | Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonych części zamówienia |
|----|--------------------------|--|
|    |                          |  |
|    |                          |  |

5. Oświadczam/-y, że:

- 1) zapoznałem/-liśmy się i akceptuję/-my w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
- 2) uzyskałem/-liśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem/-śmy związany/-i niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
- 4) zobowiązuję/-my się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
- 5) wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/-liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *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 lub wskazanie „nie dotyczy”)*

6. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/-my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie:

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.