

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

Arthrex Polska Sp. z o.o.

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Karczunkowska 42, kod pocztowy 02-871 miejscowość: Warszawa,

województwo: mazowieckie kod NUTS: PL911

REGON 145925027 NIP 701 033 01 45 KRS 0000404509

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

Tel. 22 279 70 00 / 22 279 70 33, przetargi@arthrex.pl

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

Marta Dobrowolska, Pełnomocnik/ Pełnomocnictwo załączone do oferty
(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

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

Robert Daniel Wiśniewski – Członek Zarządu (umowa papierowa)
Magdalena Krajniak- Pełnomocnik (umowa elektroniczna)
(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:

Agnieszka Grzelka, tel. 22 279 70 17, obsługaklienta@arthrex.pl

- 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 przedsiębiorstwo¹
☐ jednoosobowa działalność gospodarcza ☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej ☐ inny rodzaj*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE***

¹ (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.

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia na **zakup i sukcesywne dostawy implantów ortopedycznych SKŁADAM/-Y OFERTE** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

Część nr 1:

Wartość netto: 361 930,00 zł, **co stanowi wartość brutto:** 390 884,40 zł podatek VAT 8%

Część nr 2:

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

Część nr 3:

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

Część nr 4:

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

Część nr 5:

Wartość netto: 20 970,00 zł, **co stanowi wartość brutto:** 22 647,60 zł podatek VAT 8%

Część nr 6:

Wartość netto: 118 458,00 zł, **co stanowi wartość brutto:** 127 934,64 zł podatek VAT 8%

Część nr 7:

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

Część nr 8:

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

Część nr 9:

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

Część nr 10:

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

Część nr 11:

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

Część nr 12:

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

Część nr 13:

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

W załączeniu wypełniony Arkusz asortymentowo-cenowy (Załącznik nr 2 do SWZ).

Informuję/-my, iż wybór oferty ~~będzie prowadzić~~ /nie będzie prowadzić* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług²:

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

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku:

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 oraz posiadają

² 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.

dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną* (jeżeli dotyczy).

Na każde żądanie Zamawiającego udostępnimy w/w dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania.

- ☐ 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*:

.....
.....
.....

(proszę wskazać nazwę wyrobu oraz nr części)

* jeżeli dotyczy

3. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturach 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 powierzonej 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.