

**IMS INNOVATIVE MEDICAL SOLUTIONS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.**

ul. Piękna 55/1, 60-589 Poznań

(dane Wykonawcy)

Poznań, dnia 28.05.2024r.

(miejscowość)

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn. „**Dostawa sprzętu medycznego jedno i wielorazowego użytku przez okres 24 miesięcy - cz. 1**” 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 03.04.2024r., i opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu 05.04.2024r., pod nr 201448-2024 oraz zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego i na platformie zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wloclawek> w dniu 05.04.2024r., zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę.

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

**Część nr 10**

Łączna wartość netto części nr 10: 900,00 zł (Słownie: dziewięćset zł 00/100)

Łączna wartość brutto części nr 10: 972,00 zł (Słownie: dziewięćset siedemdziesiąt dwa zł 00/100)

**Oferujemy 3 dni robocze (maksymalnie 5 dni roboczych) – dniowy termin dostawy** liczony od dnia złożenia zamówienia w formie e-mailowej.

**Część nr 19**

Łączna wartość netto części nr 19: 10 790,23 zł (Słownie: dziesięć tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt zł 23/100)

Łączna wartość brutto części nr 19: 11 653,45 zł (Słownie: jedenaście tysięcy sześćset pięćdziesiąt trzy zł 45/100)

**Oferujemy 3 dni robocze (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 2.30 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 972 125 91 06

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: przetargi@imsmed.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. Justyna Mikołajczyk tel. kontaktowy, 612 224 412 e-mail: [biuro@imsmed.pl](mailto:biuro@imsmed.pl) zakres odpowiedzialności:  
realizacja zamówień sukcesywnych

\* Niewłaściwe skreślić