

ResMed Polska Sp. z o.o.
ul. Przyokopowa 26, 01-208 Warszawa
NIP: 5272667838, REGON: 145839380
(dane Wykonawcy)

Warszawa, dnia 29.05.2024r.
(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 2

Łączna wartość netto :22 520,00 PLN (słownie: dwadzieścia dwa tysiące pięćset dwadzieścia złotych 00/100 PLN)

Łączna wartość brutto :27 699,60 PLN (słownie: dwadzieścia siedem tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt dziewięć złotych 60/100 PLN)

Oferujemy 3 (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 5272667838

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:

biuro@resmed.com

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:

Nie dotyczy

Osoby do kontaktów z Zamawiającym :

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

1. Paweł Marciniak tel. kontaktowy, faks: 668 099 229 , e-mail: biuro@resmed.com, zakres odpowiedzialności wsparcie merytoryczne
2. Dział Zamówień tel. kontaktowy, faks: 668 048 480, e-mail: zamowienia@resmed.com, zakres odpowiedzialności realizacja zamówień

* Niewłaściwe skreślić