

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

I. DANE WYKONAWCY	
Nazwa i siedziba Wykonawcy*)	<i>ResMed Polska Sp. z o.o.</i> <i>ul: Przyokopowa 26, 01-208</i> <i>kod: 01-208</i> <i>mięscowość: Warszawa</i>
Czy wykonawca jest: <input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwem, <input checked="" type="checkbox"/> małym przedsiębiorstwem, <input type="checkbox"/> średnim przedsiębiorstwem, <input type="checkbox"/> jednoosobową działalność gospodarczą, <input type="checkbox"/> osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, <input type="checkbox"/> inny rodzaj <i>*właściwe zaznaczyć</i>	
Forma prowadzonej działalności/ nr KRS- <i>jeżeli dotyczy</i>	<i>Sp z o.o., KRS: 0000398211</i>
<i>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji) eKRS</i> Wykonawca informuje, iż odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej można pobrać ze strony internetowej https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/	
*) w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera <i>ul:</i> <i>kod:</i> <i>mięscowość:</i>
NIP	<i>5272667838</i>
REGON	<i>145839380</i>
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby)	<i>ul:</i> <i>kod:</i> <i>mięscowość:</i>
Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym	<i>Kwestie formalne – Katarzyna Markowska – CS&Public</i> <i>Procurement Specialist, e-mail:</i>

	katarzyna.markowska@resmed.com , tel: 668 662 838 <i>Kwestie merytoryczne – Paweł Marciniak – Key Account Manager, e-mail: pawel.marciniak@resmed.com, tel: 668 099 229</i>
Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem	e- mail: biuro@resmed.com fax: tel.: 668 662 838

Dane dotyczące zamawiającego

Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.
ul. Wojska Polskiego 52
66-235 Torzym

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: **Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku i drobnego sprzętu medycznego**, Numer sprawy: **382.DN.8.2024** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

Zadanie nr 19

netto cyfrowo	kwota VAT cyfrowo	brutto cyfrowo	termin dostawy (należy podać jeden z poniższych): Do 3 dni roboczych / do 5 dni roboczych / do 7 dni roboczych od momentu złożenia zamówienia
29 533,95 zł	2 642,30 zł	32 176,25 zł	Do 3 dni roboczych

cena netto słownie: dwadzieścia dziewięć tysięcy pięćset trzydzieści trzy złote 95/100zł)

podatek VAT słownie. dwa tysiące sześćset czterdzieści dwa złote 30/100zł

cena brutto słownie: trzydzieści dwa tysiące sto siedemdziesiąt sześć złotych 25/100zł)

Oświadczam, że:

Akceptuję termin płatności: 30 dni

Okres gwarancji (wyrażony w liczbie miesięcy): 12 miesięcy od momentu dostarczenia przedmiotu umowy

Reklamacje będą załatwiane w terminie: 7 dni.

- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji:

Reklamacje formalne: zamowienia@resmed.com

Reklamacje produktowe: serwis@resmed.com

- załatwienie wykonania reklamacji:
.....

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Paweł Marciniak. tel. kontaktowy, faks: 668 099 229 zakres odpowiedzialności wsparcie produktowe i merytoryczne

..... tel. kontaktowy, faks:
zakres odpowiedzialności

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- ~~do reprezentowania w postępowaniu~~
- ~~do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy~~
- ~~do zawarcia umowy~~

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji warunków zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji warunków zamówienia postanowienia projektu umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że nie wprowadziliśmy do załączonych do SWZ formularzy żadnych modyfikacji, poza ich wypełnieniem w miejscach do tego przeznaczonych.
5. Oświadczamy, że oferowane przez nas w niniejszej ofercie produkty spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w zakresie parametrów/ właściwości.

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

Formularz asortymentowo-cenowy

Oświadczenie dot. wyrobów medycznych

Oświadczenie zał. nr 3

Pełnomocnictwo

Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....
.....

Inne informacje wykonawcy :

.....
.....

Oświadczamy, że

Dostawy objęte przedmiotowym zamówieniem zamierzam wykonać samodzielnie/wykonać przy udziale podwykonawców*).

**) Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy z podwykonawcami:

- 1)w zakresiena
kwotę nettoplus VAT ... %
- 2).....w zakresiena
kwotę nettoplus VAT ...%

*) *wybrać odpowiednio*

**) *wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców*

W przypadku braku podania informacji na temat podwykonawcy/ów Zamawiający uzna, że wykonawca całość zamówienia wykona sam – bez udziału podwykonawców.

Informuję, że:

wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.

~~wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług:~~

.....

.....

.....,

których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u zamawiającego to:

.....

..... zł. netto*

** skreślić niepotrzebne

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)