

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

| I. DANE WYKONAWCY  |  |
|--|--|
| Nazwa i siedziba Wykonawcy*)   | <b>VARIMED SP. Z O.O.</b><br><b>UL: TADEUSZA KOŚCIUSZKI 115/4U</b><br><b>KOD: 50-442</b><br><b>MIEJSCOWOŚĆ WROCŁAW</b> |
| <b>Czy wykonawca jest:</b><br><input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwem,<br><input type="checkbox"/> małym przedsiębiorstwem,<br><input checked="" type="checkbox"/> średnim przedsiębiorstwem,<br><input type="checkbox"/> jednoosobową działalność gospodarczą,<br><input type="checkbox"/> osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,<br><input type="checkbox"/> inny rodzaj<br><i>*właściwe zaznaczyć</i>      |  |
| Forma prowadzonej działalności/ nr KRS-<br><i>jeżeli dotyczy</i>   | SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ /<br>KRS 0000111196  |
| Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji).....<br>Wykonawca informuje, iż odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej można pobrać ze strony internetowej<br><a href="https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/">https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/</a> |  |
| *) w przypadku konsorcjum wpisać nazwę i siedzibę partnera oraz wpisać lidera  | .....<br>.....<br>ul: .....<br>kod: .....<br>miejscowość: .....  |
| NIP  | 899-02-02-964  |
| REGON  | 008260019  |
| Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby)  | ul: Karasia 16<br>kod: 64-100<br>miejscowość: Leszno   |
| Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym  | Katarzyna Humerska   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem</b> | e- mail: varimed@varimed.pl<br>fax: 65 520 99 78<br>tel.: 65 529 36 89 |
|---|--|

#### **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 9**

| <b>netto cyfrowo</b> | <b>kwota VAT cyfrowo</b> | <b>brutto cyfrowo</b> | <b>termin dostawy</b><br>(należy podać jeden z poniższych):<br>Do 3 dni roboczych /<br>do 5 dni roboczych /<br>do 7 dni roboczych<br>od momentu złożenia zamówienia |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| 5 290,00             | 423,20                   | 5 713,20              | Do 3 dni roboczych  |

cena netto słownie: pięć tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt 00/100 zł)

podatek VAT słownie czterysta dwadzieścia trzy 20/100 zł

cena brutto słownie: pięć tysięcy siedemset trzysta 20/100 zł)

#### **Zadanie nr 10**

| <b>netto cyfrowo</b> | <b>kwota VAT cyfrowo</b> | <b>brutto cyfrowo</b> | <b>termin dostawy</b><br>(należy podać jeden z poniższych):<br>Do 3 dni roboczych /<br>do 5 dni roboczych /<br>do 7 dni roboczych<br>od momentu złożenia zamówienia |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| 30 584,00            | 2 505,97                 | 33 089,97             | Do 3 dni roboczych  |

cena netto słownie: trzydzieści tysięcy pięćset osiemdziesiąt cztery 00/100 zł)

podatek VAT słownie dwa tysiące pięćset pięć 97/100 zł

cena brutto słownie: trzydzieści trzy tysiące osiemdziesiąt dziewięć 97/100 zł)

#### **Zadanie nr 11**

| <b>netto cyfrowo</b> | <b>kwota VAT cyfrowo</b> | <b>brutto cyfrowo</b> | <b>termin dostawy</b><br>(należy podać jeden z poniższych):<br>Do 3 dni roboczych /<br>do 5 dni roboczych /<br>do 7 dni roboczych<br>od momentu złożenia zamówienia |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| 2 860,00             | 228,80                   | 3 088,80              | Do 3 dni roboczych  |

cena netto słownie: dwa tysiące osiemset sześćdziesiąt 00/100 zł)  
 podatek VAT słownie dwieście dwadzieścia osiem 80/100 zł  
 cena brutto słownie: trzy tysiące osiemdziesiąt osiem 80/100 zł)

#### Zadanie nr 15

| netto cyfrowo | kwota<br>VAT<br>cyfrowo | brutto cyfrowo | <b>termin dostawy</b><br>(należy podać jeden z poniższych):<br>Do 3 dni roboczych /<br>do 5 dni roboczych /<br>do 7 dni roboczych<br>od momentu złożenia zamówienia |
|---------------|-------------------------|----------------|---|
| 38 350,00     | 3 068,00                | 41 418,00      | Do 3 dni roboczych  |

cena netto słownie: trzydzieści osiem tysięcy trzysta pięćdziesiąt 00/100zł)  
 podatek VAT słownie trzy tysiące sześćdziesiąt osiem 00/100 zł  
 cena brutto słownie: czterdzieści jeden tysięcy czterysta osiemnaście 00/100 zł)

#### 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:  
 TELEFONICZNIE – 502213089  
 EMAIL – [varimed@varimed.pl](mailto:varimed@varimed.pl) lub [zamowienia@varimed.pl](mailto:zamowienia@varimed.pl)  
 - załatwienie wykonania reklamacji:  
 TELEFONICZNIE – 502213089  
 EMAIL – [varimed@varimed.pl](mailto:varimed@varimed.pl) lub [zamowienia@varimed.pl](mailto:zamowienia@varimed.pl)

#### Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Bartłomiej Kęsek tel. kontaktowy, faks: 502213089 zakres odpowiedzialności: przedmiot zamówienia, szkolenia, reklamacje  
 Marzena Zgółka-Zielińska tel. kontaktowy, faks: 71 361 14 18 / 71 361 86 11 zakres odpowiedzialności: realizacja zamówień, reklamacje

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej – nie dotyczy

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:

1. Formularze cenowe dla zadań nr 9, 10, 11, 15
2. Wstępne oświadczenie wykonawcy
3. Oświadczenie wykonawcy o oferowanych wyrobach medycznych
4. Formularz parametrów technicznych
5. Katalogi
6. 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 zakresie .....na  
kwotę ..... netto .....plus VAT ... %  
2) .....w zakresie .....na  
kwotę ..... netto .....plus 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)