


| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | <p align="center">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> | Nr sprawy: ZP/50/2023 |
| | Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej - uzupełnienie | |

Załącznik nr 1 do SWZ

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

| | |
|---|------------------|
| Nazwa: Szpital Miejski św. Jana Pawła II | |
| Adres: 82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35 | |
| NIP: 578-310-44-67 | REGON: 281098840 |

1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA


| | | |
|--|----------------------|---------------------------|
| Nazwa: Biotech Sp. z o.o. | | |
| NIP: 813-360-21-85 | REGON: 180483349 | |
| Adres: ul. Boya Żeleńskiego 12 | | |
| Miejscowość: Rzeszów | Kod pocztowy: 35-105 | Województwo: podkarpackie |
| e-mail: przetargi@biotech.pl | | Tel: 17 854 54 53 |
| Adres do korespondencji: jw. | | |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i> | | |
| <input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input checked="" type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ * | | |

2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)

| | | |
|---|---------------|--------------|
| Nazwa: | | |
| NIP: | REGON: | |
| Adres: | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Województwo: |
| e-mail: | | Tel: |
| Adres do korespondencji: | | |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i> | | |
| <input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ * | | |

- * Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
- * Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
- * Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
- * Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
- * Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | <p align="center">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> | Nr sprawy: ZP/50/2023 |
| | Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej - uzupełnienie | |

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/50/2023 na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej – uzupełnienie** składamy ofertę:

Pakiet nr 1 (Powtarzać w razie potrzeb)

Cena bez VAT 91 666,60 zł słownie : dziewięćdziesiąt jeden tysięcy sześćset sześćdziesiąt sześć złotych 60/100

Cena z VAT 98 999,93 zł słownie : dziewięćdziesiąt osiem tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć złotych 93/100

W tym należny podatek VAT 7 333,33 zł

Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 1 dzień roboczy (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

* **Uwaga:** W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne wartości niż wskazane powyżej, Wykonawca oświadcza, że oferowany termin dostawy wynosić będzie **2 dni robocze** licząc od momentu otrzymania karty zużycia)

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

2. ~~Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:~~

| Lp. | Nazwa części zamówienia | Firma podwykonawcy |
|-----|-------------------------|--------------------|
| | | |
| | | |

3. ~~Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych~~

4. Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty (*zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”*):

- ☒ **Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- ☐ ~~Będzie~~ prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

~~W związku z powyższym, oświadczamy, że świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:~~

| Lp. | Świadczenia(nazwa, rodzaj) będą prowadzić do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia | Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT |
|-----|--|--|
| | | |
| | | |

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.).

5. Oświadczamy, że zaoferowane produkty są:


☐ ~~dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne** (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2301) w zakresie (*podać nr części i pozycje jeżeli dotyczy*):~~

☒ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych** (t.j. Dz.U.2022 poz. 974 z późn. zm.) w zakresie (*podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy*) :

☐ ~~dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów zakresie (*podać nr części i pozycje*) :~~

6. Zastrzeżenie Wykonawcy:

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

| | | |
|--|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p>Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej - uzupełnienie</p> | <p>Nr sprawy: ZP/50/2023</p> |
|--|---|--|

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²
8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Katarzyna Lenik telefon kontaktowy 17 854 54 53
9. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są ~~Pani/Pan~~ Jarosław Teper – Prezes Zarządu (wpisać nazwisko, funkcję)
10. **Adres e-mail, na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

adres e-mail: zamowienia@biotech.pl

Rzeszów, dnia 02.10.2023r.

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

¹rozporządzenie 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, str. 1).

²W 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).