

Załącznik nr 1 do SWZ

DRUK OFERTY

Dot. postępowania na „Zakup wraz z dostawą wyrobów medycznych na Blok Operacyjny Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”.

nr sprawy: AZP.2411.140.2023.MS

1. Dane Wykonawcy:

AESULAP CHIFA SP. Z O.O.

ul. TYSIĄCLECIA 14. kod pocztowy, miasto 64-300 NOWY TOMYŚL.

Województwo WIELKOPOLSKIE kraj POLSKA.

Tel. 61 – 44 20 364. e-mail: acp_zamowienia.publiczne@bbraun.com

REGON 630002936. NIP 788-00-08-829.

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

- Tomasz Wróbel- Członek Zarządu
- Alina Bożek- Prokurent

(imię, nazwisko, stanowisko)

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym tj.:

Pakiet nr 1

Netto : 28.619,60 zł. Słownie: Dwadzieścia osiem tysięcy sześćset dziewiętnaście , 60/100.zł.

+ VAT: 8% = 2.289,56 zł.

Brutto 30.909,16 zł. , słownie : Trzydzieści tysięcy dziewięćset dziewięć , 16/100.

Termin płatności - przelew do /min. 30 – max 60 dni/ 60 dni od daty wystawienia faktury

Oświadczamy, że podane w Ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji Umowy.

3. Oświadczamy, że oferujemy stałość cen w trakcie trwania umowy.

4. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym

i faktycznym.

5. Oświadczamy, że:¹

- 1) wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,*
- ~~2) wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku:*~~

| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | Wartość netto towaru lub usługi |
|----------------|---|--|
| 1. | | |
| 2. | | |

*** niepotrzebne skreślić**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją dotyczącą niniejszego Postępowania, uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia publicznego oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń. Jednocześnie uznajemy się za związanych określonymi w dokumentacji Postępowania wymaganiami i zasadami postępowania i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z określonymi warunkami.

7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres określony w SWZ.

8. Oświadczamy, że Wzór umowy oraz zawarte w nim warunki realizacji, w tym terminy wykonania zamówienia i warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.

9. Oświadczamy, iż w przypadku uzyskania zamówienia:

- całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi*,
- ~~— zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia*:~~

.....

.....

(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazwy/firmy podwykonawców oraz zakres powierzonych im zadań)

¹ Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w tym zakresie, stosownie do treści art. 91 ust. 3a ustawy Pzp.

*** *niepotrzebne skreślić***

10. Wielkość przedsiębiorstwa:

| Mikroprzedsiębiorstwo | Małe przedsiębiorstwo | Średnie Przedsiębiorstwo | Duże przedsiębiorstwo |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | | X |
| Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X” | | | |

11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO² wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu³.

12. Rodzaj podpisu, za pomocą którego podpisano dokumenty ofertowe (wypełnienie nieobowiązkowe):

| Kwalifikowany podpis elektroniczny | Podpis zaufany | Podpis osobisty tzn. zaawansowany podpis elektroniczny |
|--|----------------|--|
| X | | |
| Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X” | | |

13. Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania zamówienia jest Pani/Pan:

Wioleta Śron Marek.

Adres 64-300 Nowy Tomyśl ul. Tysiąclecia 14.

Telefon 61 44 20 271. fax 61 – 44 20 373. e-mail chirurgia.acp@bbraun.com

² rozporządzenie 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).

³ W 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).