

## FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy<sup>1</sup>: Welland Medical Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.

Siedziba Wykonawcy: ul. Gen. Sikorskiego 4a; 05-119 Legionowo, Łąski

woj. Mazowieckie

NIP: 5361909993, REGON: 145876151

Wykonawca wpisany do Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000400938

Telefon kontaktowy:

- w sprawie oferty: Anna Jaroszewicz, tel. 608-555-661
- do kontaktu w sprawie realizacji zamówień: Pracownicy Sklepu Welland Medical Polska, tel. 790-420-033 lub 22 412-80-12

e-mail:

- w sprawie oferty: Anna Jaroszewicz, e-mail: a.jaroszewicz@wellandmedical.pl
- do kontaktu w sprawie realizacji zamówień: Pracownicy Sklepu Welland Medical Polska, e-mail: zamowienia@wellandmedical.pl

Osoba/y, które będą podpisywać umowę Grzegorz Kado – Prezes Zarządu

Osoba/osoby wpisane w dokumencie rejestracyjnym firmy uprawniona/ne do reprezentowania firmy:

Anna Jaroszewicz,

Kierownik Marketingu i Wsparcia Sprzedaży, Pełnomocnik ds. Zamówień Publicznych

/na podstawie pełnomocnictwa dołączonego do Oferty/

Zamawiający: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o. o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno, **Nr postępowania: ZP/25/23**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „**Jednorazowe artykuły medyczne**” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, w podziale na poszczególne Pakiety:

Pakiet Nr 33 - wartość netto: **2 525,00 zł**, wartość brutto: **2 725,92 zł \*\***

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie **do 2 dni\*\*\*** od złożenia danego zamówienia – **dotyczy Pakietów Nr: 7, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 122, 130, 131, 132, 133, 137, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158.**
2. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie **do 3 dni roboczych** od złożenia danego zamówienia – **dotyczy Pakietów Nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 28, 29, 31, 34, 35, 38, 39, 46, 47, 55, 65, 66, 68, 72, 73, 77, 93, 103, 105, 115, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 148, 149, 150, 154.**
3. Wyrażamy zgodę na termin płatności: **60 dni (45 dni/60 dni)\*\*\*\*** od dnia przedłożenia prawidłowej pod względem księgowym i finansowym faktury VAT w siedzibie Zamawiającego.

\* niepotrzebne skreślić.

\*\* wypełnić tylko w zakresie składanej oferty.

\*\*\* wpisać termin dostawy

\*\*\*\* wpisać termin płatności

<sup>1</sup> w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

4. Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy, który jest zgodny:

**UWAGA: niepotrzebne skreślić**

- z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT\*
- ~~z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością w przypadku innych podatników \*~~

5. **OŚWIADCZAMY, że:**

- 1) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania;
- 2) wartość brutto oferty zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty;
- 3) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
- 4) **zamierzamy / nie zamierzamy\*** powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*:

**UWAGA: niepotrzebne skreślić**

Lp.	Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez Podwykonawcę	Nazwa Podwykonawcy
n/d	n/d	n/d
n/d	n/d	n/d

- 5) zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostały zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 6) wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>3</sup>.

6. **OŚWIADCZAMY, że wybór naszej oferty\*:** **UWAGA: niepotrzebne skreślić**

**nie będzie** prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106)

~~**będzie prowadzić** u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106), wobec czego wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku:~~

Lp.	Nazwy (rodzaje) towaru lub usługi, których dostawa lub	Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem	Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą
-----	--	--	---

\* niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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 (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

	świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego	podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku	Wykonawcy, będzie miała zastosowanie
n/d	n/d	n/d	n/d

## 7. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ

w sprawie oferty należy kierować do:

Imię i nazwisko	Anna Jaroszewicz
Adres	Salon Medyczny Welland Medical, ul. Słomińskiego 19 lok. 505, 00-195 Warszawa
Telefon	608-555-661
e-mail	a.jaroszewicz@wellandmedical.pl

w sprawie realizacji zamówień:

Imię i nazwisko	Pracownicy Sklepu Welland Medical Polska
Adres	Salon Medyczny Welland Medical, ul. Słomińskiego 19 lok. 505, 00-195 Warszawa
Telefon	790-420-033 lub 22 412-80-12
e-mail	zamowienia@wellandmedical.pl

8. ~~Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku nr .... pod nazwą ..... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2020 r., poz. 1913, tj. ze zm.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.~~

~~**Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa znajduje się w pliku pn. ....**~~

9. Rodzaj Wykonawcy: oświadczamy, iż należymy do następującej kategorii wykonawców:

- a) Mikroprzedsiębiorstw .....
- b) małych przedsiębiorstw X
- c) średnich przedsiębiorstw .....
- d) jednoosobowa działalność gospodarcza .....
- e) osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej.....
- f) inny rodzaj .....

*(zaznaczyć właściwe – w przypadku braku zaznaczenia którejkolwiek odpowiedzi Zamawiający będzie przyjmował, iż Wykonawca należy do kategorii mikroprzedsiębiorstw – Zamawiający wymaga udzielenie odpowiedzi na niniejsze pytanie ze względu na konieczność przekazywania informacji w tym zakresie Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych)*

Warszawa, 11.10.2023

Anna Jaroszewicz  
- podpisano elektronicznie