

**FORMULARZ OFERTY**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11.09.2019 r. - Prawo Zamówień Publicznych na:

**„Dostawa sprzętu jednorazowego i wielorazowego użytku dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Neonatologicznego” - nr sprawy: 8/24/ZP/PN**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**MEGREZ Sp. z o.o.**  
**ul. Edukacji 102; 43-100 Tychy**  
**woj. Śląskie**

Telefon: 32 325-51-25  
 NIP: 634-267-03-10  
 REGON: 240872286  
 INTERNET: [www.szpitalmegrez.pl](http://www.szpitalmegrez.pl)  
 e-mail: [zp@szpitalmegrez.pl](mailto:zp@szpitalmegrez.pl)

**WYKONAWCA:**

Nazwa : DH Medical Arkadiusz Dynda  
 \*Adres : Szalowa 385  
 38-331 Szalowa  
 Województwo: : Małopolskie  
 Telefon : (+48) 883 480 355  
 KRS/CEIDG : 7382168824  
 NIP : 7382168824  
 REGON : 523955330  
 INTERNET : -  
 E-mail : [arkadiuszdynda@dhmedical.org](mailto:arkadiuszdynda@dhmedical.org)

\*(jeśli adres korespondencyjny jest inny – proszę o umieszczenie tej informacji na końcu formularza ofertowego)

Wykonawca jest:

**mikroprzedsiębiorstwem,**  
**małym przedsiębiorstwem,**  
**średnim przedsiębiorstwem\*\***

\*\* Niepotrzebne skreślić.

Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

1. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA : **12 miesięcy.**
2. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia na następujących zasadach:

	WARTOŚĆ NETTO	WARTOŚĆ BRUTTO
Pakiet nr 28	<b>2700,00</b>	<b>2916,00</b>

(proszę powielić tyle razy i uzupełnić tylko te numery pakietów na które Wykonawca składa ofertę)

3. Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę (jeżeli nie jest to osoba wymieniona w rejestrze należy dołączyć pełnomocnictwo):

a) **Arkadiusz Dynda**

*(imię i nazwisko)*

**+48 883 480 355**

*(telefon)*

**Właściciel**

*(stanowisko)*

4. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym:

a) **Arkadiusz Dynda**

*(imię i nazwisko)*

**+48 883 480 355**

*(telefon)*

**Właściciel**

*(stanowisko)*

5. Oświadczamy, że:

- 1) zamówienie zostanie zrealizowane na warunkach w terminach określonych w SWZ oraz w projektowanych postanowieniach umowy;
- 2) jesteśmy w posiadaniu dokumentów dopuszczających oferowany przez nas asortyment do obrotu oraz używania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 3) w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
- 4) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty;
- 5) zawarta w Specyfikacji Warunków Zamówienia treść projektowanych postanowień mowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w niej warunkach;
- 6) jesteśmy związani niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ.
- 7) zamówienie: (właściwe podkreślić)

a. **w całości zrealizujemy we własnym zakresie**

b. zamierzamy powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia:

.....

- 8) w zakresie przesłanki określonej w art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp, Zamawiający może

uzyskać aktualny dokument potwierdzający brak podstaw do wykluczenia (wymagany przez Zamawiającego na podstawie rozdziału VIII ust. 3 ppkt. 3) SWZ) za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

- 9) w związku z powyższym wyrażam/y zgodę na to, aby Zamawiający pobrał przedmiotowy dokument (dokumenty w przypadku Wykonawców wspólnie składających ofertę) samodzielnie, na potrzeby niniejszego postępowania, wyżej wymienionym dokumentem jest:

informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru Przedsiębiorców (KRS), wpis do

CEIDG

Inny : -

(podać wraz z dokładnymi danymi referencyjnymi dokumentów)

Adres strony internetowej, na której dostępny jest ww. aktualny dokument:

<https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>

6. 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. \*\*\*
7. Załącznikami do niniejszej oferty są:
- 1) Załącznik numer 1,
  - 2) Załącznik numer 2,
  - 3) JEDZ,
  - 4) CE,
  - 5) Deklaracja Zgodności,
  - 6) Katalog,
8. Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego „*Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogoś innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*”, oświadczamy, że dane zawarte w ofercie, dokumentach i

oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

Data : 27.05.2024

\* Adres korespondencyjny (jeśli dotyczy):

DH Medical Arkadiusz Dynda,

Szalowa 385, 38-331,

Telefon:+48 883 480 355,

Mail: arkadiuszdynda@dhmedical.org

\*\*\* 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).

Podpisane z



## Załącznik nr 1 do SWZ - Formularz ofertowy

 Załącznik nr 1 do SWZ - Formularz ofertowy.pdf

Dokument został podpisany elektronicznie zgodnie z Rozporządzeniem Unii Europejskiej eIDAS. Tożsamość wszystkich osób składających podpis na dokumencie została potwierdzona w procesie zdalnej weryfikacji tożsamości. Dokładna data złożenia podpisu na dokumencie przez każdą ze stron została oznaczona kwalifikowanym znacznikiem czasu.

**Podpisujący:**