

## FORMULARZ OFERTY

**Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy**

**DUTCHMED PL Sp. z o.o.**

**Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:**

ulica: Szajnochy 14 , kod pocztowy 85-738 miejscowość: BYDGOSZCZ,

województwo: Kujawsko-Pomorskie **kod NUTS:** 0928363

REGON 006937759 NIP **554-022-08-29** KRS 0000088016

**Telefon oraz e-mail Wykonawcy**

Tel. (52) 345-31-15, e-mail: [dutchmed@dutchmed.pl](mailto:dutchmed@dutchmed.pl)

**Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:**

**Tomasz Stankiewicz - Pełnomocnik**

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

**Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:**

**Karol Czajkowski - Prokurent**

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe oraz numer telefonu osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do koordynowania realizacji przedmiotu umowy oraz przekazywania wzajemnych uwag wynikających z realizacji niniejszej umowy:

Ewa Dróżdż - Prokurent

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE\***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK/ NIE\***
- Rodzaj Wykonawcy: **małe przedsiębiorstwo**
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK/ NIE\***

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Zakup sprzętu medycznego, szpitalnego oraz wyposażenia biurowego do Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łęborku**” SKŁADAM OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

**Część nr 1**

**Wartość netto: 143.518,00 zł**

**co stanowi wartość brutto: 154.999,44 zł**

**podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące**

**Część nr 2**

**Wartość netto: 34.650,00 zł**

**co stanowi wartość brutto: 37.422,00 zł**

**podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące**

**Część nr 3**

**Wartość netto: 56.400,00 zł**

**co stanowi wartość brutto: 60.912,00 zł**

**podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące**

**Część nr 4**

**Wartość netto: 160.646,00 zł**

**co stanowi wartość brutto: 173.497,68 zł**

**podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące**

**Parametry techniczne oferowanego inkubatora, podlegające ocenie:**

<b>PK2</b>	<b>Parametry oceniane</b>	
PT1	Wysokość od podłogi do materacyka regulowana elektrycznie w min. zakresie 30 cm	Proszę podać zakres <b>40 cm</b>
PT2	Zewnętrzny, dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 7 cali, umożliwiający obserwację i obsługę ekranu z lewej i prawej strony inkubatora.	Proszę podać przekątną ekranu <b>8,5 cala</b>
PT3	Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora z <b>włączonym nawilżaniem i podażą tlenu max. 45 dB</b>	Proszę podać poziom głośności <b>= 44 dB</b>

**Część nr 5**

**Wartość netto: 38.190,00 zł**

**co stanowi wartość brutto: 41.245,20 zł**

**podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące**

Informuję, iż wybór oferty ~~będzie prowadzić~~ /nie będzie prowadzić\* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług<sup>1</sup>:

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: .....

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku: .....

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: .....

2. Oświadczam, że zaoferowane wyroby medyczne, stanowiące przedmiot zamówienia, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w tym wymagania zasadnicze oraz dla wprowadzenia ich jako wyrobu medycznego do obrotu oraz posiadają dokumenty dopuszczające ich stosowanie w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.\* ~~/Oświadczam, że niżej wymienione wyroby objęte przedmiotem zamówienia, nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim.\*~~

.....  
(proszę wskazać nazwę produktu oraz nr części)

3. Oświadczam, że zaoferowany asortyment jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr **4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5** do SWZ (proszę wskazać nr załącznika, zgodnie z zakresem złożonej oferty) i spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego.

---

<sup>1</sup> Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

4. Termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **30 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.

5. Przewiduję powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE \***

lp	Nazwa/firma podwykonawcy	Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia

6. Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
- 2) uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
- 4) zobowiązuję się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
- 5) wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *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 lub wskazanie „nie dotyczy”)*

~~7. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/ my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie:~~

.....

.....

Wymienione niżej załączniki stanowią integralną część SWZ:

- JEDZ – zał. nr 1
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych – zał. nr 2
- Foldery – zał. nr 3
- Oświadczenie Oferenta – zał. nr 4
- Oświadczenie agresja na Ukrainę – zał. nr 5
- Oświadczenie grupa kapitałowa – zał. nr 6
- Oświadczenie o aktualności informacji – zał. nr 7
- Informacja z KRS – zał. nr 8
- Informacja z KRK – zał. nr 9
- Pełnomocnictwo – zał. nr 10