



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czołgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



Załącznik nr 1 do SWZ

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

Zakład Techniki Medycznej "TECH-MED" Sp. z o.o.

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: **Ernsta Petersona 6A**, kod pocztowy **85-862** miejscowość: **Bydgoszcz**,

województwo: **kujawsko-pomorskie** kod NUTS: **PL613**

REGON **092336441** NIP **PL 953 22 86 409** KRS **0000190821**

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

tel. 52 360 58 50 do 89/ fax 52 360 58 80

Kom. +48 533 394 939

e-mail: ruszczak@techmed.com.pl

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

Patrycja Ruszczak- Specjalista ds. Zamówień Publicznych

- pełnomocnictwo załączone do oferty

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

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

Jakub Piechocki- Prokurent (prokura samoistna)

(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:

Witold Jaworski- Specjalista ds. Sprzedaży

Tel.: +48 52 360 58 50 do 89 wew.26, Kom. +48 791 001 961,

e-mail: jaworski@techmed.com.pl

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK / NIE***
- Rodzaj Wykonawcy: mikroprzedsiębiorstwo małe przedsiębiorstwo średnie przedsiębiorstwo¹ jednoosobowa działalność gospodarcza osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej inny rodzaj*

¹ (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **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 przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czołgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT Samorządu
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE***
1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Wyposażenie Oddziałów Położniczo-Ginekologicznego, Neonatologicznego i Pediatrycznego oraz ZOL/ZPO w sprzęt medyczny, szpitalny oraz wyposażenie biurowe**” SKŁADAM OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

Część nr 10

Wartość netto: 24 660,00 zł, co stanowi wartość brutto: 26 632,80 zł,

podatek VAT 8%

Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące

Część nr 12

Wartość netto: 13 350,00 zł, co stanowi wartość brutto: 14 418,00 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 usług²:

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:

które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

² 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.



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czołgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT Samorządu
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



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 4.10, 4.12 do SWZ (proszę wskazać nr załącznika, zgodnie z zakresem złożonej oferty) i spełnia wszystkie wymogi Zamawiającego.
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;



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czołgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25

LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



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 wykonawcy 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:

* **niepotrzebne skreślić**

UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.