

## FORMULARZ OFERTY

### Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

DIAG-MED. Grażyna Konecka.....

### Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Słowikowskiego 85A bud H6, kod pocztowy 05 - 090 miejscowość: Raszyn...,

województwo: mazowieckie kod NUTS: ...PL12.....

REGON 010722547 NIP 534-100-06-82 KRS .....

### Telefon oraz e-mail Wykonawcy

22-2741609. przetargi@diag-med.pl.....

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

Aneta Kęsy- starszy specjalista ds. zamówień publicznych

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

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

Grażyna Konecka – Dyrektor Naczelny.....

(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:

...Anna Mirzejewska/Alicja Daszkowska 22-2741611/ 22-2741617.....

- 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 przedsiębiorstwo<sup>1</sup> ☐ jednoosobowa działalność gospodarcza ☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej ☐ inny rodzaj\*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE\***

<sup>1</sup> (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 które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Dostawa odczynników wraz z dzierżawą analizatorów dla Laboratorium Mikrobiologicznego SPS ZOZ w Lęborku**”. Znak sprawy: ZP-PN/UE/16/24 SKŁADAM/-Y OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

**Część nr 1: Odczynniki do diagnostyki na MaldiBiotyper Sirius Bruker**

Wartość netto: ..93.216,32..... zł, co stanowi wartość brutto: ....102.349,58..... zł, podatek VAT ...8 i 23.....%

**Część nr 2: Odczynniki do oznaczania MIC metodą mikrorozcieńczeń**

Wartość netto: ...38.157,31..... zł, co stanowi wartość brutto: ....41216,49.... zł, podatek VAT ...8 i 23.....%

~~**Część nr 3: Odczynniki do posiewu krwi oraz płynów ustrojowych wraz z dzierżawą analizatora do posiewów krwi z systemem satelitarnym**~~

~~Koszt stosowania systemu netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%~~

~~**Część nr 4: Odczynniki do szybkiej diagnostyki mikrobiologicznej**~~

~~Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%~~

~~**Część nr 5: Automatyczny system do identyfikacji drobnoustrojów i oznaczania lekowrażliwości zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EUCAST**~~

~~Koszt stosowania systemu netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%~~

~~**Część nr 6: Odczynniki do oznaczania lekowrażliwości i wykrywania mechanizmów lekooporności**~~

~~Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%~~

~~**Część nr 7: Odczynniki do diagnostyki mikrobiologicznej leków i kosmetyków i wybranych zakażeń**~~

~~Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%~~

**Część nr 8: Testy wykrywające poziom przeciwciał wraz z dzierżawą analizatora do badań immunodiagnostycznych metodą ELISA i Chemiluminescencji**

Koszt stosowania systemu netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%

Informuję/-my, 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>2</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/-y, że zaoferowane wyroby medyczne, stanowiące przedmiot zamówienia, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych oraz posiadają dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta lub Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu oraz Certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikacyjną, z wyłączeniem następującego asortymentu: część 1 poz. 4,5,7-16 oraz część 2 poz. 8
3. Oświadczam/-y, że zaoferowane wyroby, stanowiące przedmiot zamówienia, posiadają karty charakterystyki zgodne z rozporządzeniem Komisji (UE) 2020/878 z 18.06.2020 r. zmieniającym załącznik II do rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH), z wyłączeniem następującego asortymentu: część 1 poz. 1,3-6,12-16 oraz część 2 poz. 1-9
4. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Minimalny termin płatności za dzierżawę analizatora 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/-my powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE \***

lp	Nazwa/firma podwykonawcy	Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej
----	--------------------------	-------------------------------------------

<sup>2</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.

		części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia
x	x	x
x	x	x

6. Oświadczam/-y, że:

- 1) zapoznałem/-liśmy się i akceptuję/-my w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
- 2) uzyskałem/-liśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem/-śmy związany/-i niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
- 4) zobowiązuje/-my się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
- 5) wypełniłem/-liśmy 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/-liśmy 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: .....

\* niepotrzebne skreślić

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