

## FORMULARZ OFERTOWY

**1. Dane Wykonawcy:**

Nazwa: Neomed Polska sp.z o.o.

Siedziba: . Ul. Orężna 6a, 05-501 Piaseczno

Województwo: mazowieckie ..

Nr telefonu: 506 948 299 Adres poczty elektronicznej: [info@neoomedspzoo.pl](mailto:info@neoomedspzoo.pl)

NIP: 123 128 41 33 KRS: 0000 500 351

Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*:

- ☐ ~~Mikroprzedsiębiorstwem~~
- ☐ Małym przedsiębiorstwem
- ☐ ~~Średnim przedsiębiorstwem~~
- ☐ ~~Jednoosobowa działalność gospodarcza~~
- ☐ ~~Innym~~

\*\* w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

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.

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. „Dostawa sprzętu jednorazowego, implantów ortopedycznych, środków do dezynfekcji maszynowej” nr sprawy 2/Zp/25, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość:

Nr części	Wartość oferty brutto (zł)
Część nr 1	
Część nr 2	
Część nr 3	
Część nr 4	
Część nr 5	12 322,80 zł
Część nr 6	
Część nr 7	
Część nr 8	
Część nr 9	
Część nr 10	
Część nr 11	
Część nr 12	
Część nr 13	
Część nr 14	

2. Ponadto oświadczam, że:

- a. Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
- b. Oferowany przedmiot zamówienia posiada minimum 12 miesięczny okres przydatności do użycia od dnia dostawy (**krótszy termin ważności możliwy tylko po wcześniejszym uzyskaniu zgody od Zamawiającego**),
- c. Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- d. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- e. Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni,
- f. Akceptuję bez zastrzeżeń *Wzór Umowy* i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- g. ~~Skladam niniejszą ofertę [we własnym imieniu], */jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia*\*,~~
- h. Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- i. Oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty dopuszczające go do obrotu.
- j. Na podstawie art. 8 ust. 3 Ustawy, strony w ofercie **od..... do .....** stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania.

**(Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.)**

3. Oświadczam, że 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 2016.119.1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*Uwaga:*

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).

4. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

Imię: Dział Zamówień Publicznych ....., Nazwisko: .....

Nr telefonu: 506 948 299 Nr faksu: brak .

Adres e-mail... [info@neomedspzoo.pl](mailto:info@neomedspzoo.pl) .

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię: Dział Sprzedaży ... Nazwisko: .....

Nr tel.: 22 736 74 02/06 .

Data i podpis osoby upoważnionej

do podpisania niniejszej oferty

.....

\* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio

\*\*brak skreślenia będzie uznane, że Wykonawca nie jest małym/średnim przedsiębiorcą