

## FORMULARZ OFERTOWY

## 1. Dane Wykonawcy:

Nazwa: Fisher &amp; Paykel Healthcare Poland Sp. z o.o.

Siedziba: Pl. Andersa 7

61-894 Poznań

Województwo: wielkopolskie

Nr telefonu: Tel: +48 664 846 464

Adres poczty elektronicznej: biuro@fphcare.pl

NIP: 783 184 29 46 KRS: 0000926404

Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*:

- ☐ Mikroprzedsiębiorstwem
- ☒ **X 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 6	<b>36 446,48 zł</b>

## 2. Ponadto oświadczam, że:

- Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
- 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**),
- Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni,
- 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,
- ~~Składam niniejszą ofertę we własnym imieniu, *jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia*~~\*,
- Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty dopuszczające go do obrotu.

\* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio

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

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. **NIE DOTYCZY**

**(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:**

**Biuro FPH**

**Nr telefonu: Tel: +48 664 846 464, Nr faksu: brak**

**Adres e-mail: [biuro@fphcare.pl](mailto:biuro@fphcare.pl)**

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

**Biuro FPH**

**Nr telefonu: Tel: +48 664 846 464, Nr faksu: brak**

**Adres e-mail: [biuro@fphcare.pl](mailto:biuro@fphcare.pl)**

Data i podpis osoby upoważnionej

do podpisania niniejszej oferty

.....