Numer referencyjny postępowania:

**SZP/DAM/29/2024**

**Załącznik nr 2 do SWZ**

# **Formularz oferty**

1. Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r.– Prawo zamówień publicznych,  
   na zadanie pod nazwą: ***„PRZEGLĄDY I NAPRAWY APARATURY MEDYCZNEJ I SPRZETU”***

my niżej podpisani:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca 1 - nazwa** |  |
| *Nazwa Wykonawcy* |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *Telefon:* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca 2\* -nazwa** |  |
| *Nazwa Wykonawcy* |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |

\* nie potrzebne skreślić lub powielić w przypadku większej liczby Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełnomocnik \*\***do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie Zamówienia (Lider Konsorcjum) |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |

\*\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólne ubiegający się o udzielenie Zamówienia (spółki cywilne lub konsorcja)

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
2. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ.
5. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia na:

**Część nr 1**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 2**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat/dyplom /zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 3**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 4**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat /dyplom/zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 5**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 6**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 7**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat/ dyplom /zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 8**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 9**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat/ dyplom /zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 10**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 11**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat/ dyplom /zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 12**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 13**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 14**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat/ dyplom /zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 15**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 16**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 17**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 18**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 19**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**Posiadanie minimum jednej osoby, posiadającej ważny dokument tj imienny certyfikat/ dyplom /zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie serwisowanie aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia wystawiony przez producenta aparatury lub jego autoryzowanego przedstawiciela**

**TAK……../ NIE……. (odpowiednie zaznaczyć X)**

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 20**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 21**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 22**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 23**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 24**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

**Część nr 25**

**CENA OFERTY NETTO (RAZEM WARTOŚĆ NETTO) ……………………….…….PLN**

**CENA OFERTY BRUTTO (RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO) .......................................PLN**

zgodnie ze złożonym formularzem asortymentowo-cenowym

**TERMIN REAKCJI SERWISU NA ZGŁOSZENIE AWARII PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO (max 4 dni robocze) …………………………..dni**

1. **DANE WYKONAWCY potrzebne do realizacji zamówienia:**

Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia:…………………...........................

Adres e-mail do powiadomienia o zmianach: ………………………………………

Adres e-mail / nr telefonu do składania awarii - serwis ………………………

1. **OŚWIADCZAMY,** że do regulowania należności z tytułu realizacji zamówienia wskazujemy następujący numer **KONTA BANKOWEGO**:

................................................................................................................................................

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych Postanowieniach Umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą do upływy terminu wskazanego w SWZ.
3. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:

……………………………………………………… tel. ………………………………………

1. **Informujemy**, że wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \**Tabelę wypełniają* ***wyłącznie*** *Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby   
   u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego, tj. kiedy zgodnie z przepisami ustawy   
   o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów  i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
|  |  |  |

1. Stosownie do § 13 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia   
   23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy oraz w związku z art. 127 ust. 2 ustawy Pzp:
   * + 1. wskazujemy adresy internetowe ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, z których Zamawiający pobierze wymagane dokumenty *(\*należy wskazać dokumenty oraz adresy internetowe baz danych): .....................……………………………………………………………*
       2. oświadczamy, że następujące wymagane oświadczenia lub dokumenty dostarczono Zamawiającemu w poprzednich postępowaniach o udzielenie zamówienia oraz potwierdzamy ich aktualność *(\*należy wskazać oświadczenia lub dokumenty oraz nazwę   
          i numer postępowania):* ………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………

1. Dostawę objętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale podwykonawców\***

*(\*niepotrzebne skreślić)*

*Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer części** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców,  jeżeli są już znani** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że brak wskazania, w ofercie części zamówienia, rozumiane ma być jako wykonanie zamówienia bez udziału podwykonawców.
2. **OTRZYMALIŚMY** konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)\*
4. **RODZAJ Wykonawcy**[[3]](#footnote-3)**:**

**☐**Mikroprzedsiębiorstwo

**☐**Małeprzedsiębiorstwo

**☐**Średnieprzedsiębiorstwo

**☐**Jednoosobowa działalność gospodarcza,

**☐**Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

**☐**Inny rodzaj

*Dokument podpisany elektronicznie*

1. Rozporządzenie 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, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)
3. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   **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. [↑](#footnote-ref-3)