

FORMULARZ OFERTY
EK-ZZ/ZP.261.24.D.2022r

O F E R T A
Z e s p ó ł O p i e k i Z d r o w o t n e j „ S z p i t a l a P o w i a t o w e g o ” w
S o c h a c z e w i e
U l . B a t a l i o n ó w C h ł o p s k i c h 3 / 7 , 9 6 - 5 0 0 S o c h a c z e w

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019 ze zm.) na **dostawę sprzętu medycznego jednorazowego użytku dla Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala powiatowego” w Sochaczewie**, składamy niniejszą ofertę:

A. DANE WYKONAWCY

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy i podpisująca ofertę: Anna Wełna =
Pełnomocnik Nettle S.A.

Wykonawca/Wykonawcy: Konsorcjum Firm Nettle S.A. i Bayer Sp. z o.o.

Nettle S.A. – Lider Konsorcjum

Adres: UL. Hubska 44, 50-502 Wrocław

REGON: 020303914

NIP: 8992569522

Bayer Sp. z o.o. - Uczestnik Konsorcjum

Adres: al. Jerozolimskie 158, 02-326 Warszawa

REGON: 010374922

NIP: 5260019068

Tel: 71 7156788

MP/ŚP/ inne -duże przedsiębiorstwa (dot. Nettle S.A. i Bayer Sp. z o.o.

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: Anita Poznańska

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:

e-mail: przetargi@nettle.pl

(na które zamawiający ma przysyłać korespondencję)



B. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

ZADANIE 48 - akcesoria do wstrzykiwaczy kontrastu MEDRAD STELLANT (akcesoria muszą być kompatybilne z aparatem)

C. CENA OFERTOWA:

1. Wartość Netto : 43 189,00 zł
2. Wartość Brutto: 46 644,12 zł

Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za cenę ofertową: tabela cenowa - Załącznik nr 1 do oferty

D. OŚWIADCZENIA:

- 1) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- 2) Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- 3) Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą do 03.09.2022 roku od dnia upływu terminu składania ofert .
- 4) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku nr 4 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- 5) Oświadczamy, że zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy;
- 6) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.*
- 7) Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;

E. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMOWIENIA:

- 1) Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 2) Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji



Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie

96-500 Sochaczew; ul. Batalionów Chłopskich 3/7

KRS 0000020330; NIP 837-15-07-803; REGON 017222233

www.szpitalsochaczew.pl

Tel. 46 86-49-521, fax 46 86-49-525, e-mail: dor@szpitalsochaczew.pl



umowy jest: Dział Zamówień Bayer

e-mail: bayer@nettle.pl tel/fax: 71 7215650 / 71 7215651

F. PODWYKONAWCY:

Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proporcjonalne podwykonawców) – NIE DOTYCZY

1)

G. SPIS TREŚCI:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- 1) Załącznik nr 1 do oferty – załącznik cenowy
- 2) Załącznik nr 2 do oferty - opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1 do SWZ)
- 3) Załącznik nr 3 do oferty – oświadczenie Wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu.
- 4) Załącznik nr 4 do oferty – próbki przedmiotu zamówienia.
- 5) Załącznik nr 5 do oferty – Pełnomocnictwo do podpisania oferty (jeżeli dotyczy)

Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach.



Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie

96-500 Sochaczew; ul. Batalionów Chłopskich 3/7

KRS 0000020330; NIP 837-15-07-803; REGON 017222233

www.szpitalsochaczew.pl

Tel. 46 86-49-521, fax 46 86-49-525, e-mail: dor@szpitalsochaczew.pl

