



BERYL MED POLAND Sp. z o.o.

Ul. Łopuszańska 36 bud. 14C, 02-220 Warszawa
(pieczęć Wykonawcy)

Kraków, dnia 29-04-2022

(miejscowość, data)

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA
w Głuchotazach
im. św. Jana Pawła II
ulica: M. Karłowicza 40
kod: 48-340 Głuchotazy

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2021r., poz.1129 z późn. zm.)

Oferta dotyczy zamówienia publicznego nr postępowania znak: DZP 2374/8/2022 w trybie podstawowym bez negocjacji pn.: „**Sukcesywna dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku i opakowań farmaceutycznych**”.

1. Nazwa Wykonawcy: (Pełnomocnika w przypadku Konsorcjum)

BERYL MED POLAND Sp. z o.o.

2. Siedziba Wykonawcy:

Ul: Łopuszańska 36 bud. 14C kod: 02-220 miejscowość: Warszawa

3. Adres do korespondencji:

ul: Sadowa 14 kod: 05-410 miejscowość: Józefów

4. NIP: PL5321786998

5. REGON: 017397116

6. TEL: 126344411 7. FAX: 126344411

8. MAIL: bman@beryl-med.com

9. OSOBA DO KONTAKTÓW: Bogusław Maniecki

10. TEL.: 126344411

Konsorcjum z (jeżeli dotyczy):

A) Nazwa Partnera:

.....nie dotyczy

B) Siedziba Partnera:

ul: kod: miejscowość:

Czy wykonawca jest mikro przedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?*

.....tak – małe przedsiębiorstwo

1. SKŁADAMY OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia

Ogólna wartość zamówienia (suma pakietów, na które Wykonawca składa ofertę):

Wartość brutto 11 038,60 zł , słownie: jedenaście tysięcy trzydzieści osiem złotych, 60 gr

Wartość zamówienia dla poszczególnych pakietów wynosi:

Nr pakietu	Wartość brutto [zł]	Słownie brutto
1	2	3
4	11 038,60 zł	jedenaście tysięcy trzydzieści osiem złotych, 60 gr

(wypełnić te pola, na które Wykonawca składa ofertę, zgodnie z wypełnionymi arkuszami cenowymi; niepotrzebne wykreślić)

2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ) oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania nr DZP 2374/8/2022.

3. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie zgodnym z SWZ.
Zobowiązuję jest do sukcesywnego dostarczania przedmiotu zamówienia w asortymencie i ilości zgodnej ze złożonym zamówieniem przez pracownika Apteki, w ciągu 24 godzin od otrzymania zamówienia, (minimalny termin dostawy 24 godziny, maksymalny termin dostawy 72 godziny)

4. AKCEPTUJEMY warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia

5. JESTEŚMY związani ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Wybór mojej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług – ~~TAK~~/NIE¹. Jeśli tak obowiązek ten będzie dotyczył
(nazwa/rodzaj towaru usług), a ich wartość netto będzie wynosiła¹

Przedmiot zamówienia wykonamy własnymi siłami /zamierzam/y powierzyć podwykonawcy/om
następujące części zamówienia*:

.....
(rodzaj i zakres prac)

Zastrzeżenie Wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione: nie dotyczy

¹ Oświadczenie dotyczy nowelizacji z dnia 1. Lipca 2015r. dotyczącej art. 91 ust. 3a PZP, który ma zastosowanie przy: wewnątrzwspólnotowym nabyciu towarów, wystąpieniu mechanizmu odwróconego obciążenia oraz imporcie usług lub imporcie towarów, z którymi wiąże się analogiczny obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównaniu cen ofertowych podatku VAT.

W związku ze złożeniem oferty w niniejszym postępowaniu oraz w razie zawarcia umowy z SP ZOZ Szpitalem Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II w powyższym zakresie wyrażam zgodę na przetwarzanie pozyskanych przez Szpital danych.

Przyjmuję do wiadomości:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II, ul. M. Karłowicza 40, 48-340 Głuchołazy, tel.: 77 40 80 155.
2. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: iod@szpitalmsw-glucholazy.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu **zawarcia umowy** na podstawie **wyrażenia zgody**.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres:
 - **5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono postępowanie o udzielenie zamówienia,**
 - **a w przypadku zawarcia umowy przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została zakończona.**
5. Przysługuje mi **prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania**.
6. Przysługuje mi **prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych**.
7. Podanie przeze mnie danych osobowych jest **warunkiem zawarcia umowy**. Jestem zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest **brak możliwości zawarcia umowy**.

Załączniki do oferty:

1. Formularz cenowy – pakiet nr 4
2. Oświadczenie wg załącznika nr 2 do SWZ
3. Oświadczenie wg załącznika nr 3 do SWZ
4. Oświadczenie wg załącznika nr 4 do SWZ
5. Katalogi
6. Upoważnienie do złożenia oferty
7. KRS
8. Oświadczenie wg załącznika nr 6 do SWZ

*Dokument musi być złożony pod rygorem nieważności
w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej podpisany
kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym
lub podpisem osobistym*