

**Załącznik nr 2A,
EZP/24/19 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

Zamawiający:

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
61-848 Poznań, ul. Długa 1/2
Dział Zamówień Publicznych

FORMULARZ OFERTOWY

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie: **przetarg nieograniczony**
Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 532 pakietów**
Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

1. Dane Wykonawcy:

Infusion Paweł Szczudło

(nazwa firmy)

ul. Sulejowska 56/58 m 51204-157 Warszawa

(adres siedziby)

mazowieckie

(województwo, powiat)

biuro@infusion.com.pl

adres e-mail - *Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)*

1. Nr NIP(podać numer unijny) PL 813-147-97-11

2. Cena jednostkowa brutto (należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).

3. Termin płatności : **60 dni**

4. Cena pakietu nr 517 bez podatku VAT i z podatkiem VAT .

a) bez VAT 170 000

Słownie zł: sto siedemdziesiąt tysięcy zł

b) z VAT 183 600

Słownie: sto osiemdziesiąt trzy tysiące sześćset zł

c) stawka podatku VAT (%) 8%

Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers charge)

5. Termin dostawy max – 1 dzień

6. Termin dostawy na import docelowy(max. 30 dni robocze) - *nie dotyczy* (podać)

Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu max tj. 30 dni robocze.

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umów i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

8. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

9. Lista załączników:.....

ltd.

.....
Data

.....
Podpisy i pieczęta Wykonawcy

***Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawcy**

Załącznik nr 7 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)

EZP/24/19

Zamawiający:

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

Wykonawca:

Infusion Paweł Szczudło
ul. Sulejowska 56/58 m 512
04-157 Warszawa
NIP: 813-147-97-11

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

Pawła Szczudło - właściciela

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie wykonawcy

w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.*

.....
Podpis Wykonawcy

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).

* 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)

Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektronicznej)

UWAGA DOTYCZY VATU

STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄDUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIĄZEK PODATKOWY CIAŻY NA ZAMAWIAJĄCYM (METODA ODWROTNEGO OBCIĄZENIA – REVERSE CHARGE)

WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 517, Wadium - 2.000,00 zł

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. netto <i>Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP</i>	Wartość netto <i>Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP</i>	Cena jedn. brutto <i>wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP</i>	Wartość brutto <i>wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP</i>	Stawka podatku VAT Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnętrznospólnym nabyciem towarów	Producent / nazwa własna/ dawka/ numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)
1.	Płyn kardioplegiczny do konserwacji i perfuzji narządów o osmolarności 310 mOsm/kg. Produkt leczniczy dostępny w workach 1 i 2 litrowych - roztwór sterylny. O następującym składzie: Chlorek magnezu sześciowodny 0,8132 g; chlorek sodu 0,8766 g; chlorek potasu 0,6710 g; chlorowodorek histydyny jednowodny 3,7733 g; histydyna 27,9289 g; tryptofan 0,4085 g; mannitol 5,4651 g; chlorek wapnia dwuwodny 0,0022 g; potassium hydrogen 2-ketoglutarat 0,1842 g/l; woda do iniekcji do 1000 ml; wodorotlenek potasu do ustawienia pH	litr	500	340 (cena za litr)	170 000	367,20	183 600	8%	Carnamedica SP. z o.o. Kody EAN 1L 05906874879108 Opakowanie zbiorcze 10 szt. 2L 05906874879115 Opakowanie zbiorcze 5 szt.
xxx	RAZEM	xxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	183 600	xxxx	xxxx

Cena bez VAT: 170 000

Słownie: sto siedemdziesiąt tysięcy

Cena z VAT: 183 600

Słownie: sto osiemdziesiąt trzy tysiące sześćset zł

.....
Pieczętka i podpis wykonawcy



POTWIERDZENIE WYKONANIA PRZELEWU - DUPLIKAT

mBank S.A.

Bankowość Detaliczna
90-959 Łódź 2, Skrytka Poczтовая 2108

Informacje o transakcji

	Winien (Nadawca)		Ma (Odbiorca)
Nr Rachunku:	56 1140 2004 0000 3302 3332 6015	Nr Rachunku:	92 1030 1247 0000 0000 0663 3002
Nazwa Banku:	mBank Oddział Bankowości Detalicznej	Nazwa Banku:	Bank Handlowy RCR Olsztyn
Nadawca:	PAWEŁ MAREK SZCZUDŁO UL.SULEJKOWSKA 56/58 M.512 04-157 WARSZAWA	Odbiorca:	WADIUM POZNAN DLUGA

Tytuł operacji:	WADIUM 532 PAKIETÓW EZP/24/19 PAKIET 517
Rodzaj operacji:	PRZELEW ZEWNĘTRZNY WYCHODZĄCY
Nr referencyjny operacji:	33326015-000011915

Data operacji:	2019-03-08
Data księgowania:	2019-03-08
Kwota przelewu:	2.000,00 PLN

Data wystawienia dokumentu: 2019-03-08

Wygenerowane elektronicznie potwierdzenie przelewu. Dokument sporządzony na podstawie art. 7 Ustawy Prawo Bankowe (Dz.U.Nr 140 z 1997 roku, poz.939 z późniejszymi zmianami). Nie wymaga podpisu ani stempla.