



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblag](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag) [www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl](http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek

Nr sprawy:  
ZP/11/2024

Załącznik nr 1 do SWZ

## OFERTA

### ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: <b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>	
Adres: <b>82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35</b>	
NIP: 578-310-44-67	REGON: 281098840

### 1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: <a href="#">Sysmex Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</a>		
NIP: <a href="#">5222772467</a>	REGON: <a href="#">140105414</a>	
Adres: <a href="#">Al. Jerozolimskie 176, 02-486 Warszawa</a>		
Miejscowość: <a href="#">Warszawa</a>	Kod pocztowy: <a href="#">02-486</a>	Województwo: <a href="#">mazowieckie</a>
e-mail: <a href="mailto:przetargi@sysmex.pl">przetargi@sysmex.pl</a>		Tel: <a href="#">(22) 572 84 00</a>
Adres do korespondencji: <a href="#">Al. Jerozolimskie 176, 02-486 Warszawa</a>		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		
<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input checked="" type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *		
<input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *		
<input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *		

### 2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

*(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)*

Nazwa:		
NIP:	REGON:	
Adres:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Województwo:
e-mail:		Tel:
Adres do korespondencji:		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		
<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *		
<input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *		
<input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *		
<input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *		

- \* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
- \* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
- \* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
- \* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
- \* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblag](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag) [www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl](http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek

Nr sprawy:  
ZP/11/2024

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/11/2024 na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek** składamy ofertę:

Wartość zamówienia przez okres 3 lat na dostawę odczynników, kalibratorów, materiałów eksploatacyjnych, akcesoriów i materiałów pomocniczych wynosi:

**342 240,00 zł netto + 27 379,20 zł VAT = 369 619,20 zł brutto** (słownie: **trzysta sześćdziesiąt dziewięć tysięcy sześćset dziewiętnaście złotych 20/100**)

Wartość zamówienia przez okres 3 lat na dzierżawy analizatorów i dostawę części zużywalnych wynosi:

**25 200,00 zł netto + 5 796,00 zł VAT = 30 996,00 zł brutto** (słownie: **trzydzieści tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt sześć złotych 00/100**)

**Całkowita wartość zamówienia przez okres 3 lat wynosi:**

**367 440,00 zł netto + 33 175,00 zł VAT = 400 615,20 zł brutto** (słownie: **czterysta tysięcy sześćset piętnaście złotych 20/100**)

**Oferowany termin dostawy odczynników 2 (2 lub 3 dni robocze – parametr podlega ocenie) \***

Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne wartości niż wskazane powyżej, Wykonawca oświadcza, że oferowany termin dostawy wynosić będzie **3 dni robocze** licząc od dnia przesłania zamówienia do Wykonawcy.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom: **(nie dotyczy)**

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy
-	-	-
-	-	-

3. Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych

4. Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty (*zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”*):

- Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że towary/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT
-	-	-
-	-	-

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r., poz. 361).

5. Zastrzeżenie Wykonawcy:

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

**Nie dotyczy**

	<p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>  tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a></p> <p>Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF oraz back up 5 DIFF z podajnikiem próbek</p>	<p>Nr sprawy:  ZP/11/2024</p>
--	---	-----------------------------------

6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2</sup>
7. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan:
- [Agnieszka Kopczyńska](#), telefon kontaktowy: +48 696 444 407
- [Magdalena Zakrzewska](#), telefon kontaktowy: +48 605 553 203
- [Joanna Kobus](#), telefon kontaktowy: +48 722 003 448
- [Anna Konarska](#), telefon kontaktowy: +48 605 068 062
8. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan [Dariusz Kmieć – Dyrektor Handlowy](#) (wpisać nazwisko, funkcję)
9. **Adres e-mail, na który pracownicy Zamawiającego mają kierować zamówienia:**
- adres e-mail: [zamowienia@systemx.pl](mailto:zamowienia@systemx.pl)

Warszawa, dnia 05.04.2024 r.

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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).