

	<b>GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIECICKIEGO</b> <b>UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU</b> <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>		<b>F16b - ZP</b>	
			Wydanie 3	Strona 1 z 3
<b>Formularz oferty</b>				

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Oznaczenie sprawy: PN-15/25

**Mölnlycke Health Care Polska Sp. z o.o.**  
**ul. Okopowa 58/72 (piętro 15) , 01-042 Warszawa**  
 (oznaczenie Wykonawcy)

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa: Mölnlycke Health Care Polska Sp. z o.o.  
 Siedziba: ul. Okopowa 58/72 (piętro 15) , 01-042 Warszawa  
 Adres poczty elektronicznej: biuro@mölnlycke.com  
 Numer telefonu: 022/350-52-80  
 Numer faksu: 022/350-52-81  
 Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: KRS nr 0000186273 Sąd Rejonowy w Warszawie  
 KRS/CEIDG można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem:  
<https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/index.html>  
 Nr REGON: 050832291  
 Nr NIP: 542-25-88-828  
 Numer konta Wykonawcy: 80 1050 1953 1000 0023 5396 6407

Informacja Wykonawcy dotycząca podmiotów z sektora MŚP;

Jako Wykonawca jestem

☐ mikroprzedsiębiorstwem

☐ małym

☐ średnim

☒ dużym

\* przedsiębiorstwem

Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003, str. 36):  
 mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;

małe przedsiębiorstwo to 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.

**Zamawiający: Ginekologiczno - Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań.**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę wyrobów medycznych**, składam ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia za cenę:

**Wykonawca wypełnia tylko te części zamówienia na które składa ofertę.**

**części zamówienia nr 1**

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

**części zamówienia nr 2**

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

**części zamówienia nr 3**

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

**części zamówienia nr 4**



## Formularz oferty

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 5

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 6

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 7

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 8

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 9

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 10

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych

### części zamówienia nr 11

a. cena (netto): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... złotych


### części zamówienia nr 12

a. cena (netto): 14 350,00 złotych

b. cena (brutto): 15 498,00 złotych

zgodną z wyliczeniem przedstawionym w formularzu asortymentowo-cenowym.

4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **90 dni** rozpoczynający się wraz z upływem terminu składania ofert.
5. Składając niniejszą ofertę oświadczam, że wybór oferty będzie/nie będzie\* prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego w zakresie: .....  
(jeżeli dotyczy wskazać zakres zamówienia oraz wartość bez podatku od towaru i usług-netto)
6. Oferujemy wykonanie zamówienia na zasadach określonych w Specyfikacji Warunków zamówienia.
7. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że akceptujemy warunki określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym szczególności dotyczące postanowień umowy i zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Wykonawca składa oświadczenie (jeżeli dotyczy).  
W celu zapewnienia, że wykonawca wypełnił obowiązki wynikające z RODO, w szczególności obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 RODO względem osób fizycznych, których dane osobowe dotyczą i od których dane te wykonawca bezpośrednio pozyskał Wykonawca zobowiązany jest do złożenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczenia o wypełnieniu przez niego obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO o następującej treści:

	<b>GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO</b> <b>UNIwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu</b> <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>		<b>F16b - ZP</b>	
			Wydanie 3	Strona 3 z 3
<b>Formularz oferty</b>				

*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 chyba, że ma zastosowanie co najmniej jedno z włączeń, o których mowa w art. 14 ust. 5 RODO.*

*Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.)*

*Podpis kwalifikowany*