

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

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Oznaczenie sprawy: PN-15/25

\_\_\_GRASO Zenon Sobiecki\_\_\_  
(oznaczenie Wykonawcy)

*Dane Wykonawcy:*

Nazwa: .....GRASO Zenon Sobiecki.....  
 Siedziba: .....83-200 Starogard Gdański – Krąg 4A.....  
 Adres poczty elektronicznej: .....przetargi@graso.com.pl.....  
 Numer telefonu: .....58 562 30 21.....  
 Numer faksu: .....58 562 79 87.....  
 Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: .....Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej pod numerem NIP....  
 KRS/CEIDG można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem: .....  
 .....https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/public.ui/search.aspx.....  
 Nr REGON: .....190507527.....  
 Nr NIP: .....592-020-23-48.....  
 Numer konta Wykonawcy: .....Bank Millennium o/Starogard Gdański 30 1160 2202 0000 0000 6195 1448.....

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 Święcickiego 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): .....8 240,00..... złotych

b. cena (brutto): .....8 899,20..... 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): .....2 460,00..... złotych

b. cena (brutto): .....2 656,80..... 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): ..... złotych

b. cena (brutto): ..... 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 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*