

	<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-94/24

TRIOS PL Sp. z o.o.  
 ul. Andrzeja Małkowskiego 30 lok. 1  
 70-304 Szczecin  
 (oznaczenie Wykonawcy)

*Dane Wykonawcy:*

Nazwa: TRIOS PL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
 Siedziba: 70-304 SZCZECIN UL. ANDRZEJA MAŁKOWSKIEGO 30 /1  
 Adres poczty elektronicznej: [info@triospl.com](mailto:info@triospl.com)  
 Numer telefonu: +48 733-090-806  
 Numer faksu: brak  
 Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: KRAJOWY REJESTR SĄDOWY, Numer KRS: 0000980963  
 KRS/CEIDG można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem:  
<https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/>  
 Nr REGON: 522608565  
 Nr NIP: 8522684444  
 Numer konta Wykonawcy: 78 1090 2268 0000 0001 5116 1629

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, nr telefonu: 61 8 419 073.**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę wyrobów medycznych w podziale na 14 części** 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



## Formularz oferty

### części zamówienia nr 4

- 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 ): .....złotych  
b. cena ( brutto ): .....złotych

### części zamówienia nr 13

- a. cena ( netto ): ..... złotych  
b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 14

- a. cena ( netto ): 4050,00 złotych  
b. cena ( brutto ): 4374,00 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 następujących zasadach określonych w Specyfikacji Warunków zamówienia.

	<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 3 z 3
<b>Formularz oferty</b>			

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:

*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 włączyć, 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.)*

*Tomáš Látal – Członek Zarządu  
Podpis kwalifikowany*