	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 www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl	Nr sprawy: ZP/19/2023
	Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę środków do dezynfekcji	

Załącznik nr 1 do SWZ

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

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

1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: BIALMED SP ZO.O.		
NIP: 849-00-00-039	REGON: 790003564	
Adres: KAZIEMIERZOWSKA 46/48/35		
Miejscowość: WARSZAWA	Kod pocztowy: 02-546	Województwo: MAZOWIECKI
e-mail: DZP@BIALMED.PL		Tel: (87) 424-
Adres do korespondencji: UL. SILICKIEGO 1 12-200 PISZ		
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 *	

1



Rzeczpospolita
Polska




Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Zamówienie zrealizowane będzie w ramach umowy o dofinansowanie nr POIS.11.03.00-00-0066/22-00/2304/653 Projektu pn „Poprawa jakości i dostępności do usług medycznych poprzez modernizację budynku i dostosowanie wewnętrznej infrastruktury drogowej, zakup sprzętu i aparatury medycznej dla Oddziału Zakaźnego i Med. Lab. Diagnost. Szpitala Miejskiego św. JP II w Elblągu” w ramach działania 11.3 Wspieranie naprawy i odporności systemu ochrony zdrowia oś priorytetowa XI REACT-EU Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

	<p style="text-align: center;">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 www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p style="text-align: center;">Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę środków do dezynfekcji</p>	<p>Nr sprawy: ZP/19/2023</p>
--	--	--

- * 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 zatrudnia 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.

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/19/2023 na dostawę środków do dezynfekcji**, składamy ofertę:

Pakiet nr ...1..... (powtarzać w razie potrzeb)

Kwota bez VAT13.630,00..... zł. słownie :trzyście tys. sześćset trzydzieści.....

Kwota z VAT14.720,40.....zł. słownie :czternaście tys. siedemset dwadzieścia 40/100.....

W tym należny podatek VAT1.090,40..... zł.

Pakiet nr ...2..... (powtarzać w razie potrzeb)

Kwota bez VAT4.590,00 zł. słownie : cztery tysiące pięćset dziewięćdziesiąt 00/100

Kwota z VAT4.957,20.zł. słownie : cztery tysiące czterysta pięćdziesiąt siedem 20/100

W tym należny podatek VAT367,20 zł.

Pakiet nr3... (powtarzać w razie potrzeb)

Kwota bez VAT10.809,60..... zł. słownie :dziesięć tys. osiemset dziewięć 60/100.....

Kwota z VAT13.295,81.....zł. słownie :trzyście tys. dwieście dziewięćdziesiąt pięć 81/100.....

W tym należny podatek VAT2.486,21..... zł.

Pakiet nr4... (powtarzać w razie potrzeb)

Kwota bez VAT13.250,00. zł. słownie : .trzyście tysięcy dwieście pięćdziesiąt 00/100


Kwota z VAT14.310,00 zł. słownie : czternaście tysięcy trzysta dziesięć

W tym należny podatek VAT1.060,00 zł.

Pakiet nr5... (powtarzać w razie potrzeb)

Kwota bez VAT59.136,00..... zł. słownie :pięćdziesiąt dziewięć tys. sto trzydzieści sześć

Kwota z VAT63.866,88.....zł. słownie :sześćdziesiąt trzy tys. osiemset sześćdziesiąt sześć 88/100.....

	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 www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl	Nr sprawy: ZP/19/2023
	Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę środków do dezynfekcji	

W tym należy podatek VAT4.730,88..... zł.

Termin dostawy2 DNI....(2, lub 3 dni robocze)*

***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**.

- 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:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy
	NIE DOTYCZY	

- 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
- 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 świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Świadczenia (nazwa, rodzaj) będą prowadzić 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 (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 685 z późn. zm.).

- Oświadczamy, że zaoferowane produkty są:
 - ☒ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne** (t.j. Dz.U.2021 poz. 1977 z późn. zm.) w zakresie (*podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy*): ...**PAKIET NR 4 (POZ. 1 i 2)**.....
 - ☒ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (t.j. Dz.U. 2022r. poz. 974) w zakresie (*podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy*): **pakiet nr 1 poz 1,2,3; pakiet nr 2, pakiet nr 5**
 - ☒ dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów w zakresie (*podać nr części i pozycje*): **pakiet nr 3**.....

6. Zastrzeżenie Wykonawcy:


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

3



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Zamówienie zrealizowane będzie w ramach umowy o dofinansowanie nr POIS.11.03.00-00-0066/22-00/2304/653 Projektu pn „Poprawa jakości i dostępności do usług medycznych poprzez modernizację budynku i dostosowanie wewnętrznej infrastruktury drogowej, zakup sprzętu i aparatury medycznej dla Oddziału Zakaźnego i Med. Lab. Diagnost. Szpitala Miejskiego św. JP II w Elblągu” w ramach działania 11.3 Wsparcie naprawy i odporności systemu ochrony zdrowia oś priorytetowa XI REACT-EU Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

	<p style="text-align: center;">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 www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p style="text-align: center;">Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę środków do dezynfekcji</p>	<p>Nr sprawy: ZP/19/2023</p>
--	--	----------------------------------

7. 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.²
8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan DAWID JANKOWSKI telefon kontaktowy....87 730-94-19.....
9. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan ALINA KROŚNIEWSKA -PEŁNOMOCNIK..... (wpisać nazwisko, funkcję)
10. **Adres e-mail, na który pracownicy Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

numer faksu: (87) 424 -11-85 adres e-mail: DZP@BIALMED.PL

PISZ, dnia 18.05.2023R

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

¹rozporządzenie 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).

²W 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 wykonawcy nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).