**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: | | | | |
| NIP: | REGON: | | | |
| Adres: | | | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | | | Województwo: |
| e-mail: | | | Tel: | |
| Adres do korespondencji: | | | | |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:  *Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”* | | MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO \*  MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA \*  OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ \*  INNY RODZAJ \* | | |

1. **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:  *Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”* | | MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO \*  MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA \*  OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ \*  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.

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/28/2025 na dostawy wyrobów medycznych jednorazowego użytku** składamy ofertę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Należy wpisać numery oferowanych pakietów zgodnie z dołączonymi do oferty formularzami ofertowo-cenowymi*** | ***Wartości brutto należy wpisać zgodnie z dołączonymi do oferty formularzami ofertowo-cenowymi*** | ***Należy wpisać 2 lub 3 dni robocze (parametr oceniany)\**** |
| **Numer oferowanego pakietu** | **Wartość brutto**  **oferowanego pakietu w zł** | **Termin dostawy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* 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.

Dotyczy pakietu nr 56

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametry oceniane** | |  | zaznaczyć „x” w odpowiedniej komórce | |
| **Lp** | **Parametr oceniany** | **TAK / NIE** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Wyrób medyczny w poz. 3-6 posiada III klasę wyrobu medycznego. | 10 punktów / 0 punktów |  |  |
| 2 | Wyrób medyczny w poz. 1-2 posiada badania kliniczne w celu określenia biokompatybilności poliuretanu cewnika na potwierdzenie zapobieganiu odczynów zapalnych oraz możliwości dłuższego cewnikowania. | 10 punktów / 0 punktów |  |  |
| 3 | Wyrób medyczny w poz. 3-6 posiada badania kliniczne na potwierdzenie zapobiegania zakażeniom odcewnikowym. | 10 punktów / 0 punktów |  |  |
| 4 | Wyrób medyczny w poz. 8-9, 11-12 posiada badania kliniczne na potwierdzenie zapobiegania zakażeniom odcewnikowym. | 10 punktów / 0 punktów |  |  |

Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne informacje niż wskazane powyżej, Zamawiający uzna, iż Wykonawca nie spełnia ocenianych parametrów i przyzna 0 pkt.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wraz z rozpoczęciem postępowania przetargowego poprzedzającego zawarcie umowy przekazano mi informację o procedurze zgłoszeń wewnętrznych określonej w Regulaminie Zgłoszeń Wewnętrznych Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w zakresie ochrony sygnalistów znajdujących się pod adresem: <https://esselblag.nbip.pl/esselblag/?n_id=42&id=178>
3. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

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

1. 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
2. Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty *(zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „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 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 (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.).

1. 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. 2025 poz. 750)………………………………………………………….

dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych** (t.j. Dz.U.2024 poz. 1620)

dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów zakresie *( podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy ): ………………………………………………………………….………………………*

1. Zastrzeżenie Wykonawcy:

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
2. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan ........................................................................ telefon kontaktowy.....................................................
3. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan ….…………………………………………………………………………..... (wpisać nazwisko, funkcję)
4. **Adres e-mail, na który pracownicy Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

adres e-mail: …………………………………………………………..……………………………

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

1. 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). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)