	<p align="center">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu^A ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/szpitalmiejski_elblag http://www.szpitalmiejski.elblag.pl/ e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF z podajnikiem próbek oraz back-up DIFF z podajnikiem próbek</p>	Nr sprawy: ZP/2/2021
--	--	-------------------------

Załącznik nr 1 do SWZ

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

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

1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: HORIBA ABX Sp. z o.o.		
NIP: 525-219-17-81	REGON: 016768119	
Adres: Al. Niepodległości 18		
Miejscowość: Warszawa	Kod pocztowy: 02-653	Województwo: mazowieckie
e-mail: przetargi-med.pl@horiba.com		Tel: 22 673 20 22
Adres do korespondencji: Ul. Al. Niepodległości 18, 02-653 Warszawa		
<div>Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i></div> <div><input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input checked="" 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 *</div>		

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:		<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *	
<i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		<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 *	

- * 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.



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu^A
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50
https://platformazakupowa.pl/szpitalmiejski_elblag <http://www.szpitalmiejski.elblag.pl/> e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl
Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF z podajnikiem próbek oraz back-up DIFF z podajnikiem próbek

Nr sprawy:
ZP/2/2021

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/2/2021 na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF z podajnikiem próbek oraz back-up DIFF z podajnikiem próbek** składamy ofertę:

Wartość zamówienia przez okres 3 lat na dostawę odczynników i materiałów pomocniczych wynosi:

209 633,25 zł netto + 16 770,66 zł VAT = 226 403,91 zł brutto (słownie: dwieście dwadzieścia sześć tysięcy czterysta trzy złote 91/100)

Wartość zamówienia przez okres 3 lat na dzierżawy analizatorów i dostawę części zużywalnych wynosi:

10 800 zł netto + 2 484 zł VAT = 13 284 zł brutto (słownie: trzynaście tysięcy dwieście osiemdziesiąt cztery)

Całkowita wartość zamówienia przez okres 3 lat wynosi:

220 433,25 zł netto + 19 254,66 zł VAT = 239 687,91 zł brutto (słownie: dwieście trzydzieści dziewięć tysięcy sześćset osiemdziesiąt siedem złotych 91/100)

Oferowany termin dostawy odczynników - 2 dni robocze (2 lub 3 dni robocze – parametr podlega ocenie)*

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.

- 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	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 towary/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie 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 (Dz. U. z 2018 r., poz. 2174 z późn. zm.).

- Zastrzeżenie Wykonawcy:

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

	<p style="text-align: center;">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu^A ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/szpitalmiejski_elblag http://www.szpitalmiejski.elblag.pl/ e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawę odczynników do wykonywania badań hematologicznych wraz z dzierżawą analizatorów hematologicznych typu CBC+WBC-5 DIFF z podajnikiem próbek oraz back-up DIFF z podajnikiem próbek</p>	<p>Nr sprawy: ZP/2/2021</p>
--	---	----------------------------------

6. 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
7. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan **Małgorzata Chwesiuk** telefon kontaktowy 22 30 05 467
8. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan **Zbigniew Łagodziński – Prokurent** (wpisać nazwisko, funkcję)
9. **Adres e-mail, na który pracownicy Zamawiającego mają kierować zamówienia:**
adres e-mail: zamowienia-med.pl@horiba.com

Warszawa, dnia 26.04.2021

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).

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).