

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

Załącznik nr 2 do SWZ

Oznaczenie sprawy: PN-98/24

SKAMEX SPÓŁKA AKCYJNA _
(oznaczenie Wykonawcy)

Dane Wykonawcy:

Nazwa: SKAMEX SPÓŁKA AKCYJNA

Siedziba:93-121 ŁÓDŹ UL. CZĘSTOCHOWSKA 38/52.....

Adres poczty elektronicznej:dzp.an@skamex.com.pl.....

Numer telefonu:42 6771411.....

Numer faksu:.....42 6724010.....

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji:KRS 0001055638.....

KRS/CEIDG można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem:

<https://krs-pobierz.pl/skamex-spolka-akcyjna-i0001055638>

Nr REGON:384767215.....

Nr NIP:5542980836.....

Numer konta Wykonawcy:65 1020 3352 0000 1002 0300 5139.....

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, nr telefonu: 61 8 419 620.

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę wyrobów medycznych jednorazowego użytku w podziale na 15 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):3240,00..... złotych

b. cena (brutto): 3 499,20.....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

a. cena (netto): złotych



Formularz oferty

b. cena (brutto):złotych

części zamówienia nr 5

a. cena (netto): złotych

b. cena (brutto): Złotych

części zamówienia nr 6

a. cena (netto):37 500,00..... . złotych

b. cena (brutto): 40 500,00 .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): złotych

b. cena (brutto): złotych

części zamówienia nr 15

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:nie dotyczy.....

(jeżeli dotyczy wskazać zakres zamówienia oraz wartość bez podatku od towaru i usług-netto)

	GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersytetu Medycznego Im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>		F16b - ZP	
			Wydanie 3	Strona 3 z 3
Formularz oferty				

6. Oferujemy wykonanie zamówienia na następujących 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 obowiązków 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 włączyń, 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