	<p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>          tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a></p>	Nr sprawy: ZP/36/2023
	Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej	

**Załącznik nr 1 do SWZ**

## OFERTA

### ZAMAWIAJĄCY

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

### 1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA


Nazwa: Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.		
NIP: 113-00-20-467	REGON: 006934330	
Adres: ul. Iłżecka 24		
Miejscowość: Warszawa	Kod pocztowy: 02-135	Województwo: mazowieckie
e-mail: przetargi.mdd@its.jnj.com		Tel: 22 237-81-84 , 795 590 564
Adres do korespondencji: ul. Iłżecka 24, 02-135 Warszawa		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany 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 checked="" 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 oznaczany 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 *		

- \* 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.

	<p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b>          tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a></p> <p style="text-align: center;">Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej</p>	<p>Nr sprawy:          ZP/36/2023</p>
--	---	---

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/36/2023 na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej** składamy ofertę:

**Pakiet nr 1 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 902 263,00 zł. słownie : dziewięćset dwa tysiące dwieście sześćdziesiąt trzy złote 00/100

**Cena z VAT** 974 444,04 zł. słownie : dziewięćset siedemdziesiąt cztery tysiące czterysta czterdzieści cztery złote 04/100

W tym należny podatek VAT 72 181,04 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

**Pakiet nr 3 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 2 647 845,00 zł. słownie : dwa miliony sześćset czterdzieści siedem tysięcy osiemset czterdzieści pięć złotych 00/100

**Cena z VAT** 2 859 672,60 zł. słownie : dwa miliony osiemset pięćdziesiąt dziewięć tysięcy sześćset siedemdziesiąt dwa złote 60/100

W tym należny podatek VAT 211 827,60 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

**Pakiet nr 5 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 1 322 530,00 zł. słownie : jeden milion trzysta dwadzieścia dwa tysiące pięćset trzydzieści złotych 00/100

**Cena z VAT** 1 428 332,40 zł. słownie : jeden milion czterysta dwadzieścia osiem tysięcy trzysta trzydzieści dwa złote 40/100

W tym należny podatek VAT 105 802,40 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

**Pakiet nr 7 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 576 240,00 zł. słownie : pięćset siedemdziesiąt sześć tysięcy dwieście czterdzieści złotych 00/100

**Cena z VAT** 622 339,20 zł. słownie : sześćset dwadzieścia dwa tysiące trzysta trzydzieści dziewięć złotych 20/100

W tym należny podatek VAT 46 099,20 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)


**Pakiet nr 9 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 41 400,00 zł. słownie : czterdzieści jeden tysięcy czterysta złotych 00/100

**Cena z VAT** 44 712,00 zł. słownie : czterdzieści cztery tysiące siedemset dwanaście złotych 00/100

W tym należny podatek VAT 3 312,00 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

	<p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b>          tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a></p> <p style="text-align: center;">Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej</p>	Nr sprawy: ZP/36/2023
--	---	--------------------------

**Pakiet nr 14 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 137 650,00 zł. słownie : sto trzydzieści siedem tysięcy sześćset pięćdziesiąt złotych 00/100

**Cena z VAT** 148 662,00 zł. słownie : sto czterdzieści osiem tysięcy sześćset sześćdziesiąt dwa złote 00/100

W tym należny podatek VAT 11 012,00 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

**Pakiet nr 18 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 334 625,00 zł. słownie : trzysta trzydzieści cztery tysiące sześćset dwadzieścia pięć złotych 00/100

**Cena z VAT** 361 395,00 zł. słownie : trzysta sześćdziesiąt jeden tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt pięć złotych 00/100

W tym należny podatek VAT 26 770,00 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia** (1 dzień roboczy lub 2 dni robocze od momentu otrzymania karty zużycia)

\* Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne wartości niż wskazane powyżej, Wykonawca oświadcza, że oferowany termin dostawy wynosić będzie **2 dni robocze** licząc od momentu otrzymania karty zużycia)

- 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
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>		

- 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 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
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>		

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.).

- 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. 2022 poz. 2301) w zakresie (*podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy*): .....

	<p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b>  tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a></p> <p style="text-align: center;">Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej</p>	<p>Nr sprawy: ZP/36/2023</p>
--	---	----------------------------------

☒ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych** (t.j. Dz.U.2022 poz. 974 z późn. zm.) w zakresie ( *podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy* ): *Pakietu 1,3,5,7,9,14,18*

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

6. Zastrzeżenie Wykonawcy:

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

.....

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2</sup>

8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Karolina Markiewicz telefon kontaktowy tel. 22 237-81-84 , 795 590 564

9. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan Michał Wojtysiak - Pełnomocnik (wpisać nazwisko, funkcję)

10. **Adres e-mail, na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

adres e-mail: [csorto@its.jnj.com](mailto:csorto@its.jnj.com)

Warszawa, dnia 21.08.2023

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

<sup>1</sup>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).

<sup>2</sup>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).