


|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
|  | <b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b><br><b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b><br>tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50<br><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> | Nr sprawy:<br>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: Stryker Polska Sp. z o.o.   |                      |                          |
| NIP: 952-00-15-337   | REGON: 011207155     |                          |
| Adres: 02-822 Warszawa, ul. Poleczki 35  |                      |                          |
| Miejscowość: Warszawa  | Kod pocztowy: 02-822 | Województwo: mazowieckie |
| e-mail: karolina.chodnicka@stryker.com   |                      | Tel: 22 429 55 50        |
| Adres do korespondencji: karolina.chodnicka@stryker.com  |                      |                          |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:<br><i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>   |                      |                          |
| <input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *<br><input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *<br><input checked="" type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *<br><input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *<br><input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *<br><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:<br><i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>  |               |              |
| <input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *<br><input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *<br><input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *<br><input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *<br><input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *<br><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><br/> <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b><br/> tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50<br/> <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:<br/> <b>ZP/36/2023</b></p> |
|--|---|--|

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

**Pakiet nr 8 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 328 408,00 zł. słownie : trzysta dwadzieścia osiem tysięcy czterysta osiem zł 00/100 gr

**Cena z VAT** 354 677,40 zł. słownie : trzysta pięćdziesiąt cztery tysiące sześćset siedemdziesiąt siedem zł 40/100 gr

W tym należny podatek VAT 26 272.64 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy .....1....** (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)

**Pakiet nr 19 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 70 300,00 zł. słownie : siedemdziesiąt tysięcy trzysta zł 00/100 r

**Cena z VAT** 75 924,00 zł. słownie : siedemdziesiąt pięć tysięcy dziewięćset dwadzieścia cztery zł 00/100 gr

W tym należny podatek VAT 5624,00 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy ...2.....** (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)

**Pakiet nr 28 (Powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** 305 700,00 zł. słownie : trzysta pięć tysięcy siedemset zł 00/100 gr

**Cena z VAT** 330 156,.,zł. słownie : trzysta trzydzieści tysięcy sto pięćdziesiąt sześć zł 00/100 gr

W tym należny podatek VAT 5624,00 zł.

**Uzupełnienie depozytu/ Termin dostawy .....2....** (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 |
|-----|-------------------------|--------------------|
|     | Nie dotyczy             |                    |
|     |                         |                    |

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b><br/> <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b><br/>         tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50<br/> <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:<br>ZP/36/2023 |
|--|---|--------------------------|

3. 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
4. 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 prowadzić do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia | Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT |
|-----|--|--|
|     | Nie dotyczy  |  |
|     |  |  |

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.).

5. Oświadczamy, że zaofertowane 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*): .....
- ☒ 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*): .....*pakiet 8 poz 1-24..., pakiet 19 poz 1-8, pakiet 28 poz 1 -14.....*
- ☐ 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:

.....nie dotyczy .....

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 Chodnicka telefon kontaktowy 22 429 55 50


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

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

adres e-mail: [zamowienia@stryker.com](mailto:zamowienia@stryker.com)

<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).

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
|  | <p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b><br/> <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b><br/> tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50<br/> <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>Nr sprawy:<br/>ZP/36/2023</p> |
|  | <p align="center">Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na dostawy asortymentu stosowanego w chirurgii urazowo-ortopedycznej</p>   |                                  |

....., dnia .....

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