

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

Multimed Sp. z o. o.

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Brukowa 6 kod pocztowy 91-341 miejscowość: Łódź

województwo: łódzkie kod NUTS: PL113

REGON 471117757 NIP 9470006275 KRS 0000203485

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

(0-42) 640 74 35 zam.publiczne@multimed.com.pl

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:

Marek Janaszekiewicz – Prezes zarządu

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

Marek Janaszekiewicz – Prezes zarządu

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe oraz numer telefonu osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do koordynowania realizacji przedmiotu umowy oraz przekazywania wzajemnych uwag wynikających z realizacji niniejszej umowy:

Aleksandra Lauk - asystent ds. obsługi klienta; telefon kontaktowy 42 640 74 35 ;
multimed@multimed.com.pl

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK / NIE***
- Rodzaj Wykonawcy: X mikroprzedsiębiorstwo małe przedsiębiorstwo średnie przedsiębiorstwo¹ jednoosobowa działalność gospodarcza osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej inny rodzaj*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE***

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Modernizacja i doposażenie w sprzęt medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPS ZOZ w Łęborku – dostawa sprzętu medycznego**”. Znak sprawy: ZP-PN/UE/04/24 SKŁADAM/-Y

¹ (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. **Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

OFERTE na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

Część nr 1 Kardiomonitor z centralą nadzoru

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 2 Łóżka szpitalne, łóżka szpitalne do intensywnej terapii

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 3 Aparat do znieczulania

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 4 Gastroskop

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 5 Wózki transportowe do przewożenia pacjenta siedzącego, wózki transportowe do przewożenia pacjenta leżącego, wózek transportowy z konstrukcją do badań RTG

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 6 Respirator stacjonarno-transportowy

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 7 Defibrylatory

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 8 Pompy objętościowe, pompy strzykawkowe

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 9 Wózki anestezyjologiczne (stoliki)

Wartość netto: 19 760,00 zł, co stanowi wartość brutto: 21 340,80 zł, podatek VAT 8 %

Część nr 10 Aparaty EKG

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 11 Aparat EKG bezprzewodowy

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 12 Wózek-wanna (wózek transportowo-kąpielowy)

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 13 Elektryczne urządzenia do ssania (ssaki medyczne)

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 14 Zestawy do trudnej intubacji

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 15 Aparaty do ogrzewania krwi i płynów infuzyjnych

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 16 Ogrzewacze pacjenta

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 17 Pulsoksymetry

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 18 Lampa zabiegowa

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 19 Worki samorozprężalne

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 20 Nebulizatory

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Część nr 21 Zestawy do segregacji medycznej (triage)

Wartość netto: zł, co stanowi wartość brutto: zł,
podatek VAT%

Informuję/-my, iż wybór oferty ~~będzie prowadzić~~ /nie będzie prowadzić* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług²:

² Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku:

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie:

2. Oświadczam/-y, że zaoferowane wyroby medyczne, stanowiące przedmiot zamówienia, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych oraz posiadają dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną.*

~~Oświadczam/-y, że niżej wymienione wyroby objęte przedmiotem zamówienia, nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim.*~~

3. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.

4. Przewiduję/-my powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE ***

lp	Nazwa/firma podwykonawcy	Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia

5. Oświadczam/-y, że:

- 1) zapoznałem/-liśmy się i akceptuję/-my w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
- 2) uzyskałem/-liśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem/-śmy związany/-i niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
- 4) zobowiązuję/-my się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
- 5) wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/-liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *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 lub wskazanie „nie dotyczy”)*

6. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/-my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie:

.....

*** niepotrzebne skreślić**

UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.