

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Wykonawcy:

Nazwa: Sinmed Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Graniczna 32B, 44-178 Przyszowice

Nr telefonu: 518-615-733 Nr faksu: 32 739 00 45

Adres poczty elektronicznej: dzp4@sinmed.pl

Nr NIP: 6312665250 REGON 365567681

Nr KRS: 0000636444

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu w trybie podstawowym pn:” Dostawa sprzętu jednorazowego, leków, materiałów opatrunkowych”
sprawa nr 2/ZP/2022, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia za wartość:

Nr części	Wartość oferty netto	Wartość oferty brutto	Wartość słownie
10	39 100,00 zł	43 413,00 zł	czterdzieści trzy tysiące czterysta trzynaście złotych 00/100

2. Ponadto oświadczam, że:

- Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada minimum 12 miesięczny okres przydatności do użycia od dnia dostawy.
- Zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia,
- Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej modyfikacji,
- Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni,
- Akceptuję bez zastrzeżeń *Wzór Umowy* i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- Składałem niniejszą ofertę [we własnym imieniu], / ~~jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia~~*,
- Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty dopuszczające go do obrotu.

Ponadto zobowiązuję się okazać w/w dokumenty na każde żądanie Zamawiającego.

- Na podstawie art. 18 ust. 3 Ustawy, strony w ofercie ~~od..... do~~ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z ~~niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania.~~

(Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.)

- Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)**:

* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio

*** brak skreślenia będzie uznane, że Wykonawca nie jest małym/średnim przedsiębiorcą

- x Mikroprzedsiębiorstwem
☐ Małym przedsiębiorstwem
☐ Średnim przedsiębiorstwem
☐ Innym

**** w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.**

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 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.

3. 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.*

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).

* 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).

4. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

Imię: Daria Nazwisko: Grzegorzycza

Nr telefonu: 518-615-733 Nr faksu: 32 739 00 45

Adres e-mail dzp4@sinmed.pl

3. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię: Patrycja Nazwisko: Masorz

Nr tel.: 512 997 426

Data i podpis osoby upoważnionej

do podpisania niniejszej oferty

.....