

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Wykonawcy:

Nazwa: FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA SA

Siedziba: UL. KRZYWA 13; 60-118 POZNAŃ

Województwo: WIELKOPOLSKA

Nr telefonu: 601 820 308 Adres poczty elektronicznej: WWW.FRESENIUSMEDICALCARE.PL

Nr NIP: 783-14-80-785 Nr KRS: 0000076738

Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)**:

- ☐ Mikroprzedsiębiorstwem
☐ Małym przedsiębiorstwem
☒ Średnim przedsiębiorstwem
☐ Jednoosobowa działalność gospodarcza
☐ 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 przedsiębiorstwo: 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.

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn. „**Dostawa sprzętu jednorazowego użytku, płynów dializacyjnych i materiałów do terapii nerkozastępczej**” nr sprawy 17/Zp/23, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość:

Nr części	Wartość oferty brutto (zł)
Część nr 50	1.018.035,00 zł
łącznie cena ofertowa brutto stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ.	

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 (**krótszy termin ważności możliwy tylko po wcześniejszym uzyskaniu zgody od Zamawiającego**),
- Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- Niniejsza oferta jest ważna przez 90 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,
- Składam 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,

* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio

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

~~i. Na podstawie art. 8 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.)

3. Oświadczam, że wypełniłem 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 2016.119.1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Uwaga:

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: JUSTYNA Nazwisko: ROZWADOWSKA

Nr telefonu: 601 820 308; 61/839 26 47, Nr faksu: 61/839 26 33

Adres e-mail JUSTYNA.ROZWADOWSKA@FMC-AG.COM

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię: ALDONA Nazwisko: JANICKA

Nr tel.: 61/839 26 56 FAX 61/839 26 57 ZAMOWIENIA.PL@FMC-AG.COM

Imię: MAGDALENA Nazwisko: GODZICH

Nr tel.: 61/839 26 08 FAX 61/839 26 57 ZAMOWIENIA.PL@FMC-AG.COM

kwalifikowany podpis elektroniczny