



Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Oferty

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Wykonawcy:

Nazwa	Billmed Sp. z o.o.
Siedziba	ul. Krypska 24/1, 04-082 Warszawa
Województwo	Mazowieckie
Nr NIP	1130007544
Nr KRS	0000183463
Adres e-mail	billmed@billmed.pl
Adres do wysyłki umowy w sprawie zamówienia publicznego	ul. Krypska 24/1, 04-082 Warszawa billmed@billmed.pl

Odpowiadając na ogłoszenie o udzieleniu zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego pn. Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku – postępowanie nr 70/PN/2024, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji warunków zamówienia za wartość:

Część nr .17

Wartość netto:1280,00 PLN

VAT w %: ...8%

Cena (wartość brutto): ...1382,40 PLN

2. Ponadto oświadczam, że:

- Zamówiony towar dostarczę do Zamawiającego w terminie zgodnym z pkt. 6 IDW.
- Wyrażam zgodę na 30 dniowy termin płatności*,
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada minimum 12 miesięczny okres przydatności do użycia od dnia dostawy.
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty dopuszczające go do obrotu, jako wyrób medyczny, zgodnie z **ustawą** z dnia 7 kwietnia 2022r. **o wyrobach medycznych** (Dz. U. z 2022 r., poz. 974), którymi są:
 - certyfikat zgodności lub deklaracja zgodności w zależności od klasy wyrobu;
 - oraz
 - dowód zgłoszenia lub powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, albo dowód wpisu do bazy danych o wytwórcach i wyrobach medycznych, prowadzonej przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. (nie dotyczy wyrobów medycznych pierwszy raz wprowadzanych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)

* Należy wpisać nr części, na którą składana jest oferta, a w przypadku składania oferty na więcej niż jedną część należy powtórzyć dany akapit tyle razy na ile części składana jest oferta.

Ponadto zobowiązuję się okazać w/w dokumenty na każde żądanie Zamawiającego w terminie nie dłuższym niż 3 dni od wezwania przez Zamawiającego. (dotyczy wyrobów medycznych)

- e. Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- f. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- g. Akceptuję bez zastrzeżeń *Wzór Umowy* przedstawiony w Części II SWZ i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- h. Składam niniejszą ofertę [we własnym imieniu], ~~/jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia~~*;
- i. Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- j. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zapoznam się Procedurą PO-02/PQ-07 07 Instrukcja bezpiecznego wykonywania prac przez wykonawców zewnętrznych **(procedura dostępna na stronie internetowej [www.szpital.slupsk.pl/bip zakladka przetargi](http://www.szpital.slupsk.pl/bip/zakladka_przetargi))** i zobowiązuję się do:
 - Przestrzegania ogólnie obowiązujących przepisów i zasad w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska, ochrony danych osobowych, jakich dotyczy zakres świadczonych prac i usług
 - Zapoznania swoich pracowników oraz pracowników podwykonawcy delegowanych do prac z treścią ww. procedury nie później niż w dniu ich rozpoczęcia
 - Poinformowania swoich pracowników oraz pracowników podwykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności Szpitala nie później niż w dniu ich rozpoczęcia
 - Zachowania w ścisłej tajemnicy wszelkich informacji pozyskanych w związku z realizacją umowy w szczególności informacji związanych z danymi osobowymi pacjentów i pracowników, ochroną mienia Szpitala, systemu zabezpieczeń, przedmiotów znajdujących się w pomieszczeniach, dokumentacji medycznej, księgowej, sprawozdawczej, przetargowej, personalne, rozkładu pomieszczeń itd. oraz wszelkich informacji do których będę miał dostęp w czasie realizacji umowy.
- k. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. Powyższe nie dotyczy 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.
- ł. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom:
Nazwa części zamówienia
Firma podwykonawcy
- m. OŚWIADCZAMY, iż informacje i dokumenty zawarte w odrębnym, stosownie oznaczonym i nazwanym załączniku ____ (należy podać nazwę załącznika) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku do Oferty ____ (należy podać nazwę załącznika) i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.
- n. Wykonawca jest:
 - mikroprzedsiębiorstwem
 - małym przedsiębiorstwem
 - średnim przedsiębiorstwem
 - prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą
 - osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

* Niepotrzebne skreślić

[] Inny rodzaj (właściwą odpowiedź zaznaczyć),

3. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

Imię i nazwisko: Robert Niedzielski

Nr telefonu: 22 870 27 52, e-mail: billmed@billmed.pl

4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię i nazwisko: Biuro Handlowe

Nr tel.:22 870 27 52, e-mail: zamowienia@billmed.pl

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami Instrukcji dla Wykonawców.