	<p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>          tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <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>	Nr sprawy: ZP/58/2023
	Zakup urządzeń robotycznych dla oddziału Rehabilitacyjnego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu	

Załącznik nr 1 do SWZ

## OFERTA

### ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: <b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>
Adres: <b>82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35</b>
<div>NIP: 578-310-44-67</div> <div>REGON: 281098840</div>

### 1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA


Nazwa: Meden-Inmed Sp. z o.o.
<div>NIP: 669-22-55-563</div> <div>REGON: 331039951</div>
Adres: ul. Wenedów 2
<div>Miejscowość: Koszalin</div> <div>Kod pocztowy: 75-847</div> <div>Województwo: zachodniopomorskie</div>
<div>e-mail: mkurowska@meden.com.pl</div> <div>Tel: 94 347 10 53</div>
Adres do korespondencji: j.w.
<div>         Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:  <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i> </div> <div> <input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *  <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *  <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *  <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *  <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *  <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *       </div>

### 2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

*(Tabele 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:
<div>NIP:</div> <div>REGON:</div>
Adres:
<div>Miejscowość:</div> <div>Kod pocztowy:</div> <div>Województwo:</div>
<div>e-mail:</div> <div>Tel:</div>
Adres do korespondencji:
<div>         Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:  <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i> </div> <div> <input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *  <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *  <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *  <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *  <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *  <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *       </div>

- \* 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 align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>          tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <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 align="center">Zakup urządzeń robotycznych dla oddziału Rehabilitacyjnego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu</p>	Nr sprawy: ZP/58/2023
--	--	--------------------------

Składam/my ofertę w postępowaniu **ZP/58/2023** na **dostawy urządzeń robotycznych dla oddziału Rehabilitacyjnego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu**, na:

**Pakiet nr 1 Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych, 2 szt. - załącznik nr 1.1**

Lp	Przedmiot zamówienia [zgodnie z treścią załącznika nr 1.1]	Ilość szt	Cena netto za 1 szt [zł]	Wartość netto [zł]	Stawka podatku VAT [%]	Wartość brutto [zł]
1.	<b>Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych, 2 szt.</b>	<b>2</b>	<b>96 546,29</b>	<b>193 092,59</b>	<b>8%</b>	<b>208 540,00</b>
2.	<b>Kryterium: Termin Gwarancji*)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>24 miesiące: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>36 miesięcy: 20 pkt</b>	*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Gwarancji oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował 24 miesięczny okres gwarancji na oferowany sprzęt.</i>				
3.	<b>Kryterium: Termin dostawy *)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Do 30 dni: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>Do 15 dni: 20 pkt</b>	*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Dostawy oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował termin dostawy do 30 dni od daty zawarcia umowy.</i>				

**Pakiet nr 2 Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych, 1 szt. - załącznik nr 1.2**

Lp	Przedmiot zamówienia [zgodnie z treścią załącznika nr 1.1]	Ilość szt	Cena netto za 1 szt [zł]	Wartość netto [zł]	Stawka podatku VAT [%]	Wartość brutto [zł]
1.	<b>Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych, 1 szt</b>	<b>1</b>	<b>107 657,41</b>	<b>107 657,41</b>	<b>8%</b>	<b>116 270,00</b>
2.	<b>Kryterium: Termin Gwarancji*)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>24 miesiące: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>36 miesięcy: 20 pkt</b>	*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Gwarancji oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował 24 miesięczny okres gwarancji na oferowany sprzęt.</i>				
3.	<b>Kryterium: Termin dostawy *)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Do 30 dni: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>Do 15 dni: 20 pkt</b>	*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Dostawy oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował termin dostawy do 30 dni od daty zawarcia umowy.</i>				

**Pakiet nr 3 Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych, 2 szt. - załącznik nr 1.3**

	<p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>          tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <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 align="center">Zakup urządzeń robotycznych dla oddziału Rehabilitacyjnego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu</p>	Nr sprawy: ZP/58/2023
--	--	--------------------------


Lp	Przedmiot zamówienia [zgodnie z treścią załącznika nr 1.1]	Ilość szt	Cena netto za 1 szt [zł]	Wartość netto [zł]	Stawka podatku VAT [%]	Wartość brutto [zł]
1.	<b>Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych, 2 szt</b>	<b>2</b>	<b>47 685,19</b>	<b>95 370,37</b>	<b>8%</b>	<b>103 000,00</b>
2.	<b>Kryterium: Termin Gwarancji*)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>24 miesiące: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>36 miesięcy: 20 pkt</b>		*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Gwarancji oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował 24 miesięczny okres gwarancji na oferowany sprzęt.</i>			
3.	<b>Kryterium: Termin dostawy *)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Do 30 dni: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>Do 15 dni: 20 pkt</b>		*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Dostawy oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował termin dostawy do 30 dni od daty zawarcia umowy.</i>			

**Pakiet nr 4 Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych, 1 szt. - załącznik nr 1.4**

Lp	Przedmiot zamówienia [zgodnie z treścią załącznika nr 1.1]	Ilość szt	Cena netto za 1 szt [zł]	Wartość netto [zł]	Stawka podatku VAT [%]	Wartość brutto [zł]
1.	<b>Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych, 1 szt.</b>	<b>1</b>	<b>66 388,89</b>	<b>66 388,89</b>	<b>8%</b>	<b>71 700,00</b>
2.	<b>Kryterium: Termin Gwarancji*)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>24 miesiące: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>36 miesięcy: 20 pkt</b>		*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Gwarancji oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował 24 miesięczny okres gwarancji na oferowany sprzęt.</i>			
3.	<b>Kryterium: Termin dostawy *)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Do 30 dni: 0 pkt</b> <input type="checkbox"/> <b>Do 15 dni: 20 pkt</b>		*) Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”  <i>Uwaga: Zamawiający informuje, że przedmiotowe dane składane są wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert - Termin dostawy. Niezłożenie oświadczenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt w Kryterium – Termin Dostawy oraz uznaniem, iż wykonawca zaoferował termin dostawy do 30 dni od daty zawarcia umowy.</i>			

- 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

	<p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>  tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <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:  <b>ZP/58/2023</b></p>
	<p align="center">Zakup urządzeń robotycznych dla oddziału Rehabilitacyjnego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu</p>	

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 prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT

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 2021 r., poz. 685 z późn. zm.).

~~5. Zastrzeżenie Wykonawcy:~~

~~Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:~~


6. 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>
7. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Małgorzata Kurowska telefon kontaktowy 94 347 10 53
8. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan Maciej Zinka – Prezes Zarządu (wpisać nazwisko, funkcję)
9. **Adres e-mail, na który należy kierować zamówienia:** [mkurowska@meden.com.pl](mailto:mkurowska@meden.com.pl)

Koszalin, dnia 08.11.2023 r.

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

<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>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82–300 Elbląg</b>          tel. 55 230–41–84 , fax. 55 230–41–50  <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>	Nr sprawy: ZP/58/2023
	Zakup urządzeń robotycznych dla oddziału Rehabilitacyjnego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu	

5



Rzeczpospolita  
Polska



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



Przedmiot zamówienia realizowany będzie z dofinansowaniem w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9. Dostęp do wysokiej jakości usług publicznych, Działanie 9.1 Infrastruktura ochrony zdrowia, Poddziałanie 9.1.2 Infrastruktura ochrony zdrowia w miejskim obszarze funkcjonalnym Elbląga - ZIT bis. Nr Umowy RPWM.09.01.02-28-0003/19-00