

	<b>GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIECICKIEGO</b> <b>UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU</b> <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	<b>F16b - ZP</b>	
		Wydanie 3	Strona 1 z 3
<b>Formularz oferty</b>			

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Oznaczenie sprawy: PN - 27/24**

Becton Dickinson Polska Sp. z o.o.

(oznaczenie Wykonawcy)

*Dane Wykonawcy:*

Nazwa: Becton Dickinson Polska Sp. z o.o.

Siedziba: 02-823 Warszawa, ul. Osmańska 14

Adres poczty elektronicznej: przetargi@bd.com

Numer telefonu: 22 377 11 48

Numer faksu: 22 377 11 43

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: KRS XII Wydział nr 0000094071

KRS/CEIDG można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem:

<https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/>

Nr REGON: 011697403

Nr NIP: 5271055984

Numer konta Wykonawcy: PL52160011271845352730000001 PLN

Informacja Wykonawcy dotycząca podmiotów z sektora MŚP;

Jako Wykonawca jestem

☐ mikroprzedsiębiorstwem

☐ małym

☐ średnim

☒ dużym

\* przedsiębiorstwem

*Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003, str. 36):*

*mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;*

*małe przedsiębiorstwo to 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.*

**Zamawiający: Ginekologiczno - Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań, nr telefonu: 61 8 419 620.**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę wyrobów medycznych jednorazowego użytku, szwów chirurgicznych (15 części)** składam ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia za cenę:

**Wykonawca wypełnia tylko te części zamówienia na które składa ofertę.**

**części zamówienia nr 1**

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

**części zamówienia nr 2**

a. cena ( netto ): 10 742,00 złotych

b. cena ( brutto ): 11 601,36 złotych

**części zamówienia nr 3**

a. cena ( netto ): 170 200,00. złotych

b. cena ( brutto ): 183 816,00 złotych



## Formularz oferty

### części zamówienia nr 4

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 5

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... Złotych

### części zamówienia nr 6

a. cena ( netto ): 90 000,00 złotych

b. cena ( brutto ): 97 200,00 złotych

### części zamówienia nr 7

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 8

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 9

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 10

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 11

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 12

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 13

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 14

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

### części zamówienia nr 15

a. cena ( netto ): ..... złotych

b. cena ( brutto ): ..... złotych

zgodną z wyliczeniem przedstawionym w formularzu asortymentowo-cenowym .

4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **90 dni** rozpoczynający się wraz z upływem terminu składania ofert.
5. Składając niniejszą ofertę oświadczam, że wybór oferty będzie/nie będzie\* prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego w zakresie: .....

	<b>GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIECICKIEGO</b> <b>UNIwersytetu Medycznego Im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu</b> <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	<b>F16b - ZP</b>	
		Wydanie 3	Strona 3 z 3
<b>Formularz oferty</b>			

(jeżeli dotyczy wskazać zakres zamówienia oraz wartość bez podatku od towaru i usług-netto)

6. Oferujemy wykonanie zamówienia na następujących zasadach określonych w Specyfikacji Warunków zamówienia.

7. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że akceptujemy warunki określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym szczególności dotyczące postanowień umowy i zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8. Wykonawca składa oświadczenie (jeżeli dotyczy).

W celu zapewnienia, że wykonawca wypełni obowiązki wynikające z RODO, w szczególności obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 RODO względem osób fizycznych, których dane osobowe dotyczą i od których dane te wykonawca bezpośrednio pozyskał Wykonawca zobowiązany jest do złożenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczenia o wypełnieniu przez niego obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO o następującej treści:

*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 chyba, że ma zastosowanie co najmniej jedno z włączyć, o których mowa w art. 14 ust. 5 RODO.*

*Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.)*

\_\_\_\_\_  
Podpis kwalifikowany