

FORMULARZ OFERTY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: UROMED POLAND

Siedziba: 87-100 TORUŃ UL. RELAKSOWA 45

Adres poczty elektronicznej: agata.szymanska@uromedpoland.pl

Strona internetowa: www.uromedpoland.pl

Numer telefonu: 696 999 697

Województwo: KUJAWSKO - POMORSKIE

Numer Regon: 340856031

Numer NIP: 956-228-38-93.

Osobą upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:
AGATA SZYMAŃSKA

PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA
Sp. z o. o.
ul. Szpitalna 30
88-400 Żnin

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. ekonomiczno-administracyjnych
Ewa Galas-Gasior
Ewa Galas-Gasior

1. Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę **Rękawic medycznych w Grupach 1- 3** dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie
 - **Oferuję** wykonanie przedmiotu zamówienia określonego przez Zamawiającego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SWZ) i Załącznikach do niej, w zakresie
Grupy 1, 2 (wpisać nr Grupy/),
zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (Załącznik nr 1 do SWZ).
2. Proponowana cena obejmuje dostawę w/w asortymentu w czasie ściśle określonym tj.: **12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
3. **Oświadczam**, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia (SWZ) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń. Uzyskaliśmy również wszystkie informacje konieczne do przygotowania oferty.
4. **Oświadczam**, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
5. **Oświadczam**, że w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach wymienionych w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. **Oświadczam**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. **INFORMUJEMY**, iż zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, wybór oferty:
 - a) nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*,

[Handwritten mark]

b) będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w wyniku czego wskazuje*:

- 1) wskazuję nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego,
- 2) wskazuję wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku,
- 3) wskazuję stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie

.....
(*niepotrzebne skreślić)

8. Oświadczam, że w/w zamówienie:

- zobowiązujemy się wykonać **samodzielnie***
- w/w zamówienie w zakresie:
wykonamy **przy pomocy podwykonawców***.
*skreślić / wypełnić odpowiednio

9. Oświadczam, że:

- Wykonawca jest: mikro / małym / średnim/ dużym przedsiębiorstwem (niepotrzebne skreślić).
 - Mikroprzedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln 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 - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.
 - duże przedsiębiorstwo - zatrudnia 250 lub więcej pracowników i obrót przekracza 50 milionów euro, a całkowity bilans roczny - 43 miliony euro

10. Oświadczam, że niniejsza oferta **ZAWIERA*** / **NIE ZAWIERA** (skreślić odpowiednio) informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, które nie mogą być udostępnione innym wykonawcom.

*jeżeli oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa do oferty załączyć uzasadnienie zastrzeżenia oferty.

11. **OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH (RODO)** (jeżeli dotyczy)

Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub 14 RODO.

Oświadczam, że:

- wypełniłam
- nie wypełniłam
- nie dotyczy

obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam w celu obiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

* 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).

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 należy zaznaczyć, że nie dotyczy.

Teren, dnia 13.12. 2022 r.

Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie



FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWYGrupa 1 - Rękawice diagnostyczne nitrylowe

Asortyment	J.m.	Zapotrzebowanie	Cena jedn. netto (zł)	Wartość netto (zł)	Podatek VAT	Wartość brutto (zł)	Producent
Rękawice diagnostyczne nitrylowe , bezpudrowe, grubość na palcu min. 0,10 mm, długość min. 240 mm, mankiet rolowany, rękawica mikroteksturowana z teksturą na końcach palców. Wytrzymałe na rozciąganie. AQL od 1,0 do 1,5. Rękawice spełniające normę PN – EN 455-1,2,3,4, odporne na przenikanie wirusów (potwierdzone badaniami). Przebadane na przenikalność substancji chemicznych w tym etanol min. 10 minut zgodnie z PN – EN 374-3 lub równoważnej potwierdzonej raportem z badania jednostki niezależnej. Przebadane według ASTM F 1671. Rękawice zarejestrowane jako wyrób medyczny i środek ochrony osobistej kat III, rozmiar nr S, M, L, XL (op.- 100 szt.)	Op.	11 000	9,35	102850,00	8%	111078,00	INTCO

1. Cena brutto oferty (słownie): **sto jedenaście tysięcy siedemdziesiąt osiem złotych 00/100**

Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie

BRONISŁAW POLAKI & SP. z o.o.
ul. Włocławska 10
01-650 Warszawa

Grzegorz Maciejewski

Signature Not
Verified
Dokument
podpisany przez
Grzegorz
Maciejewski
Data: 2022.12.14
12:01:27 CET

Grupa 2 - Rękawice chirurgiczne lateksowe sterylne, bezpudrowe

Asortyment	J.m.	Zapotrzebowanie	Cena jedn. netto (zł)	Wartość netto (zł)	Podatek VAT	Wartość brutto (zł)	Producent
<p>Rękawice chirurgiczne lateksowe sterylne, bezpudrowe, z rolowanym mankietem, polimerowane obustronnie, warstwa antypoślizgowa na całej powierzchni. Kształt anatomiczny. Odporne na przenikanie wirusów zgodnie z normą ASTM F1671 i EN ISO 374-5; pozbawione tiuramów, MBT - potwierdzone badaniami z jednostki niezależnej dołączonymi do oferty. Odporne na przenikanie: min 3 substancji chemicznych na min 2 poziomie zgodnie z EN ISO 374-1 oraz odporne na przenikanie cytostatyków zgodnie z EN 374-3, - potwierdzone badaniami z jednostki niezależnej. Zgodne z normą EN 374-1,2,3. AQL 0,65 - potwierdzone raportem z badań wg EN 455 z jednostki notyfikowanej. Zarejestrowane jako wyrób medyczny klasy IIa oraz środek ochrony indywidualnej kat. III. Grubość pojedynczej ścianki na palcu 0,21mm(+/-0,02), dłoni 0,18mm(+/-0,01), mankiecie 0,17mm(+/-0,01), długość min. 280mm, siła zrywu przed starzeniem (mediana) min 18N, zawartość białek lateksowych max 10 µg/g - potwierdzone raportem z badań producenta wg EN 455 nie starszym niż 2016 r. Pakowane podwójnie – opakowanie wewnętrzne papierowe z oznaczeniem rozmiaru rękawicy oraz różnieniem lewej i prawej dłoni, opakowanie zewnętrzne foliowe. Nie składane na pół. Sterylizowane radiacyjnie promieniami gamma. Rozmiar 6,0-8,5.</p>	para	10 000	1,30	13000,00	8%	14040,00	TOP GLOVE

1. Cena brutto oferty (słownie): CZTERNAŚCIE TYSIĘCY CZTERDZIEŚCI ZŁOTYCH 00/100

Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie

Janusz Maciejowski

Signature
Not Verified
Dokument
podpisany
przez Grzegorz
Maciejowski
Data:
2022.12.14
12:02:14 GMT

Wykonawca:

UROMED POLAND
SPÓŁKA CYWILNA
ul. Relaksowa 45, 87-100 Toruń
NIP 956-228-38-93, REGON 340856031
TEL: 56 477 02 20
office@uromedpoland.pl
www.uromedpoland.pl

Zamawiający:

Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
Ul. Szpitalna 30
88-400 Żnin

**OŚWIADCZENIE, ŻE OFEROWANE DOSTAWY
ODPOWIADAJĄ WYMAGANIOM ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na **Dostawę Rękawic medycznych w pozycjach 1- 3 dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie** (nr post. PCZ/II-ZP/21/2022), w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy (należy zaznaczyć właściwy kwadrat):

- Oświadczam**, że oferowany przedmiot zamówienia posiada wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, posiada świadectwa dopuszczające do obrotu na terenie RP, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z ustawą z dnia 20 maja 2010r. o *wyrobach medycznych* (Dz.U.2021,1565.t.j.) oraz aktami wykonawczymi do niej oraz zobowiązuję, że na każde żądanie Zamawiającego przedstawię dokumenty potwierdzające to oświadczenie
- Oświadczam**, że oferowany w w/w postępowaniu asortyment spełnia właściwe dla każdego z nich wymogi jakościowe określone w Załączniku nr 1 do SWZ i na każde wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty potwierdzające zgodność asortymentu z wymaganiami Zamawiającego.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie

UROMED POLAND
SPÓŁKA CYWILNA
ul. Relaksowa 45, 87-100 Toruń
NIP 956-228-38-93, REGON 340856031
TEL: 56 477 02 20
office@uromedpoland.pl
www.uromedpoland.pl

Załącznik nr 5 do SWZ

Towar 13.12.2022 ✓
(miejscowość, data)

.....
(nazwa i adres wykonawcy)

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **Dostawę Rękawic medycznych w pozycjach 1- 3 dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie nr PCZ/II-ZP/21/2022.**

Oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust. 1 Ustawy

Składając ofertę w postępowaniu, którego przedmiotem jest: **Dostawę Rękawic medycznych w pozycjach 1- 3 dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie, nr PCZ/II-ZP/21/2022.**

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY

Oświadczam/-y, że:

- 1) nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.. 108 ust. 1.
- 2) nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
- 3) spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale V SWZ.

Oświadczam/-y, że:

- 1) zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z w/w okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołują się w niniejszym postępowaniu, tj.:

Signature Not Verified
Dokument podpisany przez Gerard
Maciejewski
Data: 2022.12.14 12:00:21 CET

.....
.....
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....
Własny
.....

w następującym zakresie:

.....
(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDACEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami:

.....
.....
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

UWAGA! Oświadczenia, które nie mają zastosowania do danego Wykonawcy należy przekreślić.

Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie

