



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Załącznik nr 2 do SWZ

Nr Sprawy: TP 63/24

### FORMULARZ OFERTOWY

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego,  
ul. Koszarowa 5  
51-149 Wrocław

**2. WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta została złożona przez:

Ja / My, niżej podpisany/i .....

działając w imieniu i na rzecz:

| L.p. | NAZWA<br>WYKONAWCY/ÓW | ADRES/Y<br>WYKONAWCY/ÓW | NIP, REGON , KRS<br>WYKONAWCY/ÓW                   |
|------|-----------------------|-------------------------|--|
|      |                       |                         | NIP:<br>REGON <sup>2</sup> :<br>KRS <sup>3</sup> : |

**3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Imię i Nazwisko                    |  |
| Adres e-mailowy,<br>numer telefonu |  |

4. Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez możliwości przeprowadzenia negocjacji w celu ulepszenia treści ofert na wykonanie zamówienia p.n.:

**Dostawa i montaż rolet: zewnętrznych, wewnętrznych, dachowych oraz moskitier w wyszczególnionych pomieszczeniach budynków A, A1, A2, A3, C, D oraz Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu**

oferuję/my realizację przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym SWZ i jej załącznikami na następujących warunkach:

1  
2  
3

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Kryterium nr 1 -<br/>Cena</b> | <b>CENA NETTO :</b> ..... PLN (słownie złotych:<br>..... )<br>zastosowana stawka VAT wynosi .....% (jeżeli podatek VAT wystąpi)<br><b>CENA BRUTTO:</b> ..... PLN (słownie złotych:<br>..... ) |
|----------------------------------|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>Kryterium nr 2 -<br/>Termin<br/>gwarancji</b> | <b>TERMIN GWARANCJI:</b> ..... miesięcy |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <b>Kryterium nr 3 -<br/>Termin<br/>wykonania<br/>naprawy<br/>serwisowej w<br/>okresie<br/>gwarancji</b> | <b>TERMIN wykonania naprawy serwisowej w okresie gwarancji:</b><br>..... dni |
|---|--|

### 5. Oświadczenia wykonawcy:

- a. Oświadczam/y, że posiadamy potencjał i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.
- b. Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z udziału w niniejszym postępowaniu 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 oraz nie zachodzą w stosunku do mnie, w tym także do podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polegam (w przypadku gdy przypada na nich ponad 10% wartości zamówienia), przesłanki, o których mowa w art. 5k ust. 1 rozporządzenia rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
- c. Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodnym z wymaganiami wskazanymi w OPZ do SWZ.
- d. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
- e. Oświadczam/y, że w realizacji zamówienia będą uczestniczyć osoby posiadające uprawnienia niezbędne do wykonania dostaw objętych

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • prof



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

przedmiotem zamówienia publicznego oraz dysponujemy osobą, która posiada aktualne uprawnienia SEP w celu podłączenia rolet do źródła zasilania.

f. Oświadczamy/y, że:

- ✓ **Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom (należy skreślić jeżeli nie dotyczy).
- ✓ **Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującego zakresu zamówienia (należy wypełnić poniższą tabelę, jeżeli dotyczy lub skreślić jeżeli nie dotyczy):

| L.p. | Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom | Firma (nazwa) podwykonawcy |
|------|--|----------------------------|
| 1.   |  |                            |
| 2.   |  |                            |

g. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

h. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią SWZ, jej załącznikami, w tym wzorem umowy (załącznik nr 5 do SWZ) i OPZ oraz wszystkimi dot. ich modyfikacjami (jeżeli dotyczy) i w pełni akceptujemy ich treść.

i. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą podpiszę umowę na warunkach określonych w SWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

j. Oświadczam/my, że:

1. wybór naszej oferty **nie będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
2. wybór naszej oferty **będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

*\*skreślić niepotrzebne*

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • prof



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

poniższej tabeli:

| Lp. | Nazwa(rodzaj)<br>towaru/usługi | Wartość towaru / usługi<br>bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów i<br>usług, która będzie miała<br>zastosowanie |
|-----|--------------------------------|--|--|
|     |                                |  |  |
|     |                                |  |  |

W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji, Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego będzie miało zastosowanie w przypadku:

- ✓ wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
- ✓ importu usług lub towarów.

k. Oświadczam/my, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>4\*</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu<sup>\*\*</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)*

*\*\*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, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis „nie dotyczy”.*

l. Oświadczam/my, że jako wykonawca jestem/śmy (niepotrzebnie skreślić):

- mikro przedsiębiorstwem
- małym przedsiębiorstwem
- średnim przedsiębiorstwem

Informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

- ✓ 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.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • prof



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

- ✓ 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.

m. Oświadczam/y, że oferta i załączniki **zawierają/nie zawierają\*** (niepotrzebne skreślić) następujące informacje, które stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji:

.....  
.....  
.....

(wypełnić jeżeli dotyczy i dołączyć uzasadnienie)

n. Wskazuję, że Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych (<https://ekrs.ms.gov.pl/> lub <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>) **odpis lub informację z Krajowego Rejestru Sądowego / Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*** lub innego właściwego rejestru pod adresem: <http://>..... (wskazać adres strony internetowej).

o. Oświadczam, że przedstawiciel firmy uczestniczył w obowiązkowej Wizji Lokalnej na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, przy ul. Koszarowej 5 w dniu: .....