

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

Medtronic Poland sp. z o.o.

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Polna 11, kod pocztowy 00-633 miejscowość: Warszawa

województwo: mazowieckie, kod NUTS: PL911

REGON 011206233 NIP PL9521000289 KRS 0000037566

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

22 46 56 900, rs.wawtenders@medtronic.com

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:

Wojciech Koper - pełnomocnik

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

Joanna Dąbrowska - pełnomocnik

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK / NIE***
- Rodzaj Wykonawcy: ☐ ~~mikroprzedsiębiorstwo~~ ☐ ~~małe przedsiębiorstwo~~ ☐ ~~średnie przedsiębiorstwo¹~~ ☐ ~~jednoosobowa działalność gospodarcza~~ ☐ ~~osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej~~ **X inny rodzaj***
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE***

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia na **zakup i sukcesywne dostawy artykułów medycznych dla Bloku Operacyjnego SKŁADAM/-Y OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

¹ (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **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. **Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Część 10:

Wartość netto: 235 000,00 zł, co stanowi wartość brutto: 253 800,00 zł, podatek VAT 8%

Część 11:

Wartość netto: 138 200,00 zł, co stanowi wartość brutto: 149 256,00 zł, podatek VAT 8%

Część 14:

Wartość netto: 66 500,00 zł, co stanowi wartość brutto: 71 820,00 zł, podatek VAT 8%

Część 15:

Wartość netto: 111 840,00 zł, co stanowi wartość brutto: 120 787,20 zł, podatek VAT 8%

Część 29:

Wartość netto: 29 230,00 zł, co stanowi wartość brutto: 31 568,40 zł, podatek VAT 8%

Część 45:

Wartość netto: 13 140,00 zł, co stanowi wartość brutto: 14 191,20 zł podatek VAT 8%

Część 46:

Wartość netto: 1 000,00 zł, co stanowi wartość brutto: 1 080,00 zł, podatek VAT 8%

powyższą część należy skopiować stosowną ilość razy, w zależności od ilości części na jakie składana jest oferta.

W załączeniu wypełniony Arkusz asortymentowo-cenowy (Załącznik nr 2 do SWZ).

Informuję/-my, iż wybór oferty ~~będzie prowadzić~~ /nie będzie prowadzić* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług²:

~~wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:~~

~~wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku:~~

~~wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie:~~

² Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

2. Oświadczam/-y, że zaoferowane wyroby medyczne, stanowiące przedmiot zamówienia, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych oraz posiadają dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną* (jeżeli dotyczy). Na każde żądanie Zamawiającego udostępnimy w/w dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania.

- ☐ ~~nijżej wymienione wyroby objęte przedmiotem zamówienia, nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim:~~

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

(proszę wskazać nazwę wyrobu oraz nr części)

* jeżeli dotyczy

3. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturach powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.

4. Przewiduję/-my powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE ***

lp	Nazwa/firma podwykonawcy	Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia

5. Oświadczam/-y, że:

- 1) zapoznałem/-liśmy się i akceptuję/-my w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
- 2) uzyskałem/-liśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem/-śmy związany/-i niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
- 4) zobowiązuję/-my się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
- 5) wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/-liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *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 lub wskazanie „nie dotyczy”)

~~6. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/ my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie:~~

*** niepotrzebne skreślić**

UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.