

IZP.2411.62.2025.AJ

Załącznik nr 1 do SWZ

## FORMULARZ OFERTY

**Dot. postępowania na zakup i dostawa sprzętu medycznego.**

### 1. Dane Wykonawcy:

GE MEDICAL SYSTEMS POLSKA SP Z.O.O

ul. WOŁOSKA 9, kod pocztowy, miasto 02-583 WARSZAWA

województwo MAZOWIECKIE kraj POLSKA

REGON 010478403 NIP 5220019702

tel. 22/330-83-00; 502-942-843 e-mail PRZETARGI.ITO@GEHEALTHCARE.COM

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego\* przez Sąd Rejonowy dla M.ST Warszawy XVI Wydział Gospodarczy Rejestrowy pod numerem KRS: 0000040213 kapitał zakładowy: 7 210 500,00PLN

~~Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*~~

*\* niepotrzebne skreślić*

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

ZGODNIE Z KRS; Członkowie Zarządu lub Członek Zarządu-Prokurent bądź Prokurenci  
(imię, nazwisko, stanowisko)

Imię i nazwisko oraz nr tel. kontaktowego do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: Anna Kulik-Specjalista  
ds. Zamówień Publicznych/Pełnomocnik, tel. 502-942-843

### 2. Dane Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie:

ul. .... kod pocztowy, miasto .....

województwo ..... kraj .....

REGON ..... NIP ..... tel. .... e-mail .....

*\* w przypadku potrzeby powielić liczbę wierszy dotyczących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym tj.:

**Zadanie nr 1: Ultrasonograf – 1 szt.**

**netto 724 614,00 zł.**

+ VAT 57 969,12 zł

**brutto 782 583,12 zł.**

słownie siedemset osiemdziesiąt dwa tysiące pięćset osiemdziesiąt trzy złote 12/100

**Zadanie nr 2: EKG wraz z wyposażeniem i integracją z systemami HIS — 3 szt.**

netto ..... zł.

+ VAT .....

brutto ..... zł.

słownie.....

**Zadanie nr 3: Fotel ginekologiczny — 1 szt.**

netto ..... zł.

+ VAT .....

brutto ..... zł.

słownie.....

**Zadanie nr 4: Monitor parametrów życiowych pacjenta z wyposażeniem — 14 szt., z oprogramowaniem, integracją z HIS wraz tabletami mobilnymi — 12 szt.**

netto ..... zł.

+ VAT .....

brutto ..... zł.

słownie.....

2. Oświadczamy, że podane w ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji Umowy.
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia jest oznaczony znakiem CE, posiada deklaracje CE lub inne dokumenty równoważne oraz jest dopuszczony do obrotu i stosowania w Polsce zgodnie z obowiązującymi Dyrektywami i wymaganiami ustawy o wyrobach medycznych.
5. Oświadczamy, że:
  - a. wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*,
  - b. ~~wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku\*:~~

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi	Wartość netto towaru lub usługi
1.		
2.		

**\* niepotrzebne skreślić**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją dotyczącą niniejszego postępowania, uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia publicznego oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń. Jednocześnie uznajemy się związani określonymi w dokumentacji postępowania wymaganiami i zasadami postępowania i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z określonymi warunkami.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres określony w SWZ.
8. Oświadczamy, że wzór umowy oraz zawarte w nim warunki realizacji, w tym terminy wykonania zamówienia i warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.
9. Oświadczamy, iż w przypadku uzyskania zamówienia:
  - a. całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi\*,
  - b. ~~zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia\*:~~

.....

.....  
(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazw /firmy podwykonawców oraz zakres powierzonych im zadań)

**\* niepotrzebne skreślić**

10. Wielkość przedsiębiorstwa:

Mikroprzedsiębiorstwo	Małe przedsiębiorstwo	Średnie Przedsiębiorstwo	Duże przedsiębiorstwo
			TAK
Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”			

11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>2</sup>.

12. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia jest: PIOTR WITKOWSKI nr telefonu: 507-306-553 e-mail: piotrwitkowski@gehealthcare.com

---

<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)