



POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.

ul. Batorego 44, 05-400 Otwock

tel. centrala 22 778 26 00, fax 22 779 09 90

tel. sekretariat 22 778 26 10, fax 22 779 09 99

e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

KRS: 0000439686, NIP: 5322044744, REGON: 146378640

Załącznik nr 1 do SWZ

FORMULARZ OFERTOWY

Warszawa, dnia 24.02.2026

I. INFORMACJE O WYKONAWCY

1. Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Medi-Pro Sp. z o.o.

nazwa Wykonawcy

ul. Wysockiego 6b, 03-371 Warszawa

adres Wykonawcy (siedziba)

NIP 524-040-80-22 REGON 010212415

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy) 0000089304

tel. 22 811 03 22 e-mail zamowienia@medi-pro.com.pl

w przypadku oferty wspólnej (Konsorcjum)¹:

Pełnomocnik Konsorcjum:

.....
nazwa Wykonawcy

.....
adres Wykonawcy (siedziba)

NIP REGON

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy)

tel.; e-mail

Uczestnik Konsorcjum:

.....
nazwa Wykonawcy

.....
adres Wykonawcy (siedziba)

NIP REGON

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy)

tel.; e-mail

¹ Należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców wskazując również Pełnomocnika



POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.

ul. Batorego 44, 05-400 Otwock

tel. centrala 22 778 26 00, fax 22 779 09 90

tel. sekretariat 22 778 26 10, fax 22 779 09 99

e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

KRS: 0000439686, NIP: 5322044744, REGON: 146378640

II. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu pn.: „**Dostawa preparatów do dezynfekcji**” znak sprawy **03/TP/2026/BK** wyrażam chęć uczestnictwa w postępowaniu o zamówienie publiczne, organizowanym przez Zamawiającego zgodnie z warunkami określonymi w SWZ.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w Specyfikacji Warunków Zamówienia:

Zadanie nr 1

za ~~cenę całkowitą brutto~~ PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym ~~załącznik nr 2 do SWZ,~~

Zadanie nr 2

za ~~cenę całkowitą brutto~~ PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym ~~załącznik nr 2 do SWZ,~~

Zadanie nr 3

za **cenę całkowitą brutto** 65253,60 PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym **załącznik nr 2 do SWZ,**

Zadanie nr 4

za **cenę całkowitą brutto** 3456,00 PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym **załącznik nr 2 do SWZ,**

Zadanie nr 5

za ~~cenę całkowitą brutto~~ PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym ~~załącznik nr 2 do SWZ,~~

Zadanie nr 6

za ~~cenę całkowitą brutto~~ PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym ~~załącznik nr 2 do SWZ,~~

2. Oświadczamy, że²:

☒ - **nie będzie** prowadził u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego

☐ - **będzie** prowadził u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego. W związku z czym poniżej wskazujemy:

a.**

~~(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)~~

b.**

~~(należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)~~

c.**

² Stwierdzenie nieprawdziwe skreślić



POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.

ul. Batorego 44, 05-400 Otwock

tel. centrala 22 778 26 00, fax 22 779 09 90

tel. sekretariat 22 778 26 10, fax 22 779 09 99

e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

KRS: 0000439686, NIP: 5322044744, REGON: 146378640

(należy wskazać stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie)

3. Ponadto oświadczamy, że jesteśmy³:

- ☐ mikro przedsiębiorcą, tj. zatrudniamy <10 osób, a roczny obrót lub roczna suma bilansowa wynosi < 2 mln euro,
☒ małym przedsiębiorcą, tj. zatrudniamy <50 osób, a roczny obrót lub roczna suma bilansowa wynosi < 10 mln euro,
☐ średnim przedsiębiorcą, tj. zatrudniamy <250 osób, a roczny obrót wynosi < 50 mln euro lub roczna suma bilansowa wynosi < 43 mln euro.
☐ jednoosobową działalnością gospodarczą,
☐ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
☐ innym rodzajem

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (wraz z załącznikami stanowiącymi jej integralną część) oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Istotnymi postanowieniami umowy, które stanowią załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w tym załączniku warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. ~~Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO⁴ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.⁵~~

7. Osoby uprawnione do kontaktowania się w sprawach wykonania przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy: p. Monika Rusztowicz tel. 22 811 03 22 e-mail biuro@medi-pro.com.pl .

8. W przypadku wyboru naszej oferty osobą upoważnioną do podpisania umowy z naszej strony będzie Monika Jakubczak – Prokurent, zgodnie z KRS

9. Deklarujemy **30-dniowy** termin płatności od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

10. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY (odpowiednie zaznaczyć)

☒ - sami

☐ - przy udziale podwykonawców

11. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom część zamówienia:

Część zamówienia	Nazwa (firma) podwykonawcy

³ Stwierdzenia nieprawdziwe skreślić

⁴ 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)

⁵ 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 wykonawcy nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).



POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.

ul. Batorego 44, 05-400 Otwock

tel. centrala 22 778 26 00, fax 22 779 09 90

tel. sekretariat 22 778 26 10, fax 22 779 09 99

e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

KRS: 0000439686, NIP: 5322044744, REGON: 146378640

12. Oświadczamy, że na podstawie art. 18 ust. 3 uPzp⁶:

- 1) żadne z informacji zawartych w ofercie oraz załączonych do niej dokumentach, nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
- ~~2) wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie oraz załączonych do niej dokumentach, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania~~

Lp.	Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji	Nazwy plików / folderów stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.	

Uwaga! W przypadku braku wykazania (złożenia właściwego uzasadnienia w terminie składania ofert), iż zastrzeżone dane stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, Zamawiający uzna, iż nie została spełniona przesłanka podjęcia niezbędnych działań w celu zachowania ich poufności i dane te staną się jawne od momentu otwarcia ofert.

13. INFORMUJEMY, że oświadczenia/dokumenty wskazane poniżej:
- KRS 0000089304

-

Zamawiający może uzyskać w formie elektronicznej z ogólnodostępnych baz danych pod adresem internetowym www.ekrs.ms.gov.pl

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

⁶ Niepotrzebne skreślić