

FORMULARZ OFERTOWY
W PRZETARGU NIEOGRANICZONYM

na dostawę produktów farmaceutycznych z podziałem na 84 części dla Powiatowego Szpitala im. Władysława Biegańskiego w Iławie (nr sprawy 9/2020)

1.WYKONAWCA:

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

Profarm PS Sp. z o.o. ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna

Numer telefonu: 22 44 92 700

Numer faxu: 22 44 92 759

Internet: <http://profarmmps.pl/>e-mail: przetargi@profarmmps.pl

NIP: 522-010-37-56 REGON: 008336834

Upoważniony przedstawiciel Ewa Lewandowska – upoważniona do podpisania oferty na podstawie pełnomocnictwa

Zobowiązania Wykonawcy:

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na **dostawę produktów farmaceutycznych**, postępowanie nr **9/2020** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

Część nr 25 Produkty farmaceutyczne XXV**Wartość części brutto** 10 636,92 zł

(Słownie: dziesięć tysięcy sześćset trzydzieści sześć złotych dziewięćdziesiąt dwa grosze)

Część nr 62 Produkty farmaceutyczne LXII**Wartość części brutto** 180 973,44 zł

(Słownie: sto osiemdziesiąt tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt trzy złote czterdzieści cztery grosze)

Część nr 69 Produkty farmaceutyczne LXIX**Wartość części brutto** 112 903,85 zł

(Słownie: sto dwanaście tysięcy dziewięćset trzy złote osiemdziesiąt pięć groszy)

Część nr 82 Produkty farmaceutyczne LXXXII**Wartość części brutto** 2 393,19 zł

(Słownie: dwa tysiące trzysta dziewięćdziesiąt trzy złote dziewięćnaście groszy)

Część nr 83 Produkty farmaceutyczne LXXXIII**Wartość części brutto** 4 962,12 zł

(Słownie: cztery tysiące dziewięćset sześćdziesiąt dwa złote dwanaście groszy)

Oświadczam, że :

- Wykonam zamówienie publiczne w terminie: sukcesywnie w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy,
dla zadania 72 sukcesywnie na okres 36 miesięcy od dnia podpisania umowy
- Reklamacje będą załatwiane zgodnie z zapisami zawartymi w projektach umowy stanowiących załączniki nr 3 do SIWZ

Osoby do kontaktów z Zamawiającym:

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty:

Ewa Lewandowska, Ewelina Pacuła-Kucharska – Dział Przetargów, tel. 224492751, 224492750 mail: przetargi@profarmmps.pl

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Wioletta Litwin – Kierownik Działu Handlowego, tel. 224492730 e-mail: dh@profarmmps.pl

Oświadczenia dotyczące postanowień Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że :
 - ☐ **X** wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego
 - ☐ wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego :

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru dla, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania (wskazać wartość podatku)

4. Oświadczamy, że zaoferowane produkty są dopuszczone do obrotu w Polsce m.in. zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. nr 53 poz. 533) i innymi ustawami

Jednocześnie oświadczamy, że dokumenty dopuszczające do obrotu przedmiot zamówienia udostępnione zostaną na każde wezwanie Zamawiającego, po podpisaniu umowy.

5. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oferta nie zawiera / zawiera* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:
.....

7. Wykonawca jest mikro, małym, średnim przedsiębiorcą – **TAK/ NIE** (właściwe zaznaczyć)

8. Na podstawie art. 26 ust. 6 ustawy prawo zamówień publicznych informuję:

☐ **X dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie) : Odpis z KRS**

dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) : <http://www.krs-online.com.pl/profarm-ps-sp-z-o-o-krs-128835.html>

(Zamawiający może samodzielnie pobrać wymagane przez niego dokumenty)

☐ **dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie) :**

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr
(podać numer postępowania) :

Dokumenty:

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

- 1) Formularz asortymentowo-cenowy
- 2) Oświadczenie JEDZ
- 3) Potwierdzenie wpłaty wadium
- 4) Pełnomocnictwo do podpisania oferty

Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....

Inne informacje Wykonawcy:

.....

Ewa Lewandowska

*Imiona i nazwiska osób
uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

.....
*Czytelne podpisy osób uprawnionych do
reprezentowania Wykonawcy*