

## „Formularz oferty”

Dot. postępowania pn. „Zakup i dostawę leków onkologicznych dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”  
(nr postępowania: AZP.2411.48.2021.JS)

**Dane Wykonawcy:**

Bialmed Sp. z o.o.

ul. Kazimierzowska 46/48/35 kod pocztowy i miasto 02-546 Warszawa województwo mazowieckie kraj Polska REGON 790003564 NIP  
849-00-00-039

tel. 87 424 11 70 e-mail [dzp@bialmed.pl](mailto:dzp@bialmed.pl)

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

Andrzej Rogiński – członek zarządu  
(imię, nazwisko, stanowisko)

Imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: Artur Kropiewnicki 87 730 94 27

~~W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia należy podać dane pozostałych Wykonawców z zaznaczeniem ich roli.\*~~

**1. Dane Wykonawcy:**

.....  
ul. .... miasto  
..... kraj .....  
REGON ..... NIP .....

**2. Dane Wykonawcy:**

.....  
ul. .... miasto  
..... kraj .....  
REGON ..... NIP .....

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

**Pakiet nr 9**

netto 59 670,00 zł. słownie pięćdziesiąt dziewięć tysięcy sześćset siedemdziesiąt złotych 00/100

+ VAT 8%

brutto 64 443,60 zł. słownie sześćdziesiąt cztery tysiące czterysta czterdzieści trzy złote 60/100

**Pakiet nr 13**

netto 14 700,00 zł. słownie czternaście tysięcy siedemset złotych 00/100

+ VAT 8%

brutto 15 876,00 zł. słownie piętnaście tysięcy osiemset siedemdziesiąt sześć złotych 00/100

**Pakiet nr 14**

netto 38 976,00 zł. słownie trzydzieści osiem tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt sześć złotych 00/100

+ VAT 8%

brutto 42 094,08 zł. słownie czterdzieści dwa tysiące dziewięćdziesiąt cztery złote 08/100

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod względem wielkości nasza firma jest:  
~~mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem<sup>1</sup>.~~
2. Oświadczamy, że cena ofertowa w odpowiedniej części zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, które poniesie Zamawiający i w toku realizacji zamówienia nie ulegnie zmianie.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i akceptujemy określone w niej warunki oraz zasady postępowania.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty wyrażamy zgodę na realizację zamówienia w terminach określonych powyżej lub w przypadku braku takiego wskazania w terminach określonych w SWZ.
7. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców<sup>2</sup> (podać pełną nazwę firmy) ..... w następującym zakresie .....
8. ~~Oświadczamy, iż wybór naszej oferty prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług w zakresie ....., o wartości netto .....~~  
~~złotych.<sup>3</sup>~~
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
10. Oświadczamy, że „Wzór umowy” stanowiący załącznik nr 8 do SWZ, został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>4</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>5</sup>.
12. Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy od daty podpisania umowy.**
13. Termin płatności: **30 dni od daty wystawienia faktury.**
14. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty (art. 297 Kodeksu Karnego).
15. Załącznikami do niniejszej oferty są:
  - Formularz cenowy
  - JEDZ
  - Pełnomocnictwo
  - CHPL
16. Nasze dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:
  - imię i nazwisko osoby do kontaktu: Celina Rosińska
  - nr telefonu: 87 424 11 77
  - nr faksu: 87 424 11 85
  - adres e-mail: [bok@bialmed.pl](mailto:bok@bialmed.pl)

Pisz, 18.06.2021 r.

Miejscowość, data

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> wypełnić jeśli dotyczy

<sup>3</sup> wypełnić jeśli dotyczy

<sup>4</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>5</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).