

**SP Szpital Kliniczny
im. A. Mielęckiego ŚAM
ul. Francuska 20-24
40 – 027 Katowice**

Warszawa, dnia 8 listopada 2022

**OFERTA W PRZETARGU NIEOGRANICZONYM
Sprawa ZP-22-150UN - LEKI 45**

1. Spis treści	zał.1
2. Formularz ofertowy	zał.2-3
3. Formularz cenowy	zał.4-5
4. Oświadczenie – zał. nr 18	zał.6
5. Dane ofertowe	zał.7

Podpisany Formularz JEDZ oraz podpisane Pełnomocnictwo stanowią integralną część oferty i załączone są w odrębnych plikach.

Z poważaniem,

**Agnieszka Gałenka
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Anna Szewiernowska

Tel (22) 2096699, fax (22) 2097004, e-mail:anna.szewiernowska@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Warszawa, dnia 08/11/2022

**OFERTA
DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO
IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy Lek S.A.

Siedziba 95-010 Stryków ul. Podlipie 16

REGON 471255608 NIP 7281341936

Tel. 22 209 6699 e-mail anna.szewiernowska@sandoz.com

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym Anna Szewiernowska

Tel 695 490 670 e-mail anna.szewiernowska@sandoz.com

Osoba upoważniona do podpisania umowy Agnieszka Gałenza

Tel 695 106 996 e-mail agnieszka.galenza@sandoz.com

Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić na konto – nie dotyczy

Wadium wniesione w innej formie niż pieniądz należy zwrócić na adres e-mailowy*: - nie dotyczy

*należy podać adres e-mailowy jednostki wystawiającej gwarancję wadialną

Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę leków oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

PAKIET Nr 5

Cena ofertowa z podatkiem VAT **23 760,00 zł** w tym VAT 8%

Słownie: dwadzieścia trzy tys siedemset sześćdziesiąt zł

PAKIET Nr 14

Cena ofertowa z podatkiem VAT **20 139,80 zł** w tym VAT 8%

Słownie: dwadzieścia tys sto trzydzieści dziewięć 80/100 zł

****należy powtórzyć tyle razy, ile pakietów jest oferowanych**

Dodatkowe oświadczenia

- 1) Oświadczam, że oferowana cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
- 2) Oświadczam, że *nie podlegam wykluczeniu* / ~~podlegam wykluczeniu~~ z postępowania na podstawie art.108 ust.1, 2, 4 (*niepotrzebne skreślić*)
- 3) Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
- 4) Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 90 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- 5) **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa (zaznaczyć właściwy kwadrat):**

ZP-22-150UN - LEKI 45

- Żadna z informacji wskazanych w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji
- Wskazane poniżej informacje wskazane w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/-y dokumenty w postaci:

.....

Lp.	Rodzaj informacji	Strony w ofercie	
		od numeru	do numeru

- 6) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO
- 7) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 20 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
- 8) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO ¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *
- 9) **Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**
- Jestem mikroprzedsiębiorstwem
- Jestem małym przedsiębiorstwem
- Jestem średnim przedsiębiorstwem
- Jestem dużym przedsiębiorstwem

10) Czy Wykonawca pochodzi z innego niż Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej:

- TAK Skrót literowy Państwa:
- NIE

11) Czy Wykonawca pochodzi z państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej:

- TAK Skrót literowy Państwa:
- NIE

Uwaga: zaznaczyć odpowiednie.

Przez Mikroprzedsiębiorstwo rozumie się: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Przez Małe przedsiębiorstwo rozumie się: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Przez Średnie przedsiębiorstwa rozumie się: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Powyższe informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych

Warszawa, dnia 08/11/2022

¹⁾ 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).

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY - PAKIET Nr 5

L.p.	Nazwa międzynarodowa	Postać	Dawka	Zamawiana ilość sztuk	Cena jedn.netto za op	VAT %	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa handlowa dawka, postać, producent,	wielkość oferowanego opakowania kod EAN
1	Etoposidum	Konc do sporz r-ru do infuzji	400mg/20ml	400	55,00	8	22 000,00	23 760,00	Etoposid Ebewe , Konc do sporz r-ru do infuzji 400mg/20ml x 1 fiol Sandoz	Etoposid 400mg/20ml x 1 fiol EAN 5909990776313

Zamawiający wymaga:

1. aby oferowany lek znajdował się w części C listy leków refundowanych w dniu otwarcia ofert
2. aby cena brutto leku nie przekraczała dotyczącej tego leku najniższej wysokości limitu finansowania przedstawionej na liście leków refundowanych w dniu otwarcia ofert
3. oświadczenia producenta o gęstości roztworu
4. oświadczenia producenta o ważności fiołki z lekiem po otwarciu i rozcieńczeniu leku w płynie infuzyjnym, jeżeli obie czynności wykonano w zwalidowanych warunkach jałowych

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY - PAKIET Nr 14

L.p.	Nazwa międzynarodowa	Postać	Dawka	Zamawiana ilość sztuk	Cena jedn.netto za szt.	VAT%	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa handlowa dawka, postać, producent,	wielkość oferowanego opakowania kod EAN
1	Epoetinum	R-r do wstrz amp-strz 1ml	2000 j.m./ml	360	37,00	8	13 320,00	14 385,60	BINOCRIT – 2000 j.m; r-r do wstrzykiwań w amputko-strzykawce, SANDOZ	6 ampułko-strzykawk- EAN : 5909990072392
2	Epoetinum	R-r do wstrz amp-strz 0,4ml	4000 j.m./0,4ml	72	74,00	8	5 328,00	5 754,20	BINOCRIT – 4000 j.m.; r-r do wstrzykiwań w amputko-strzykawce, SANDOZ	6 ampułko-strzykawk- EAN : 5909990072453
RAZEM							18 648,00	20 139,80		

Zamawiający wymaga:

1. aby każdy oferowany lek znajdował się w części B listy leków refundowanych w dniu otwarcia ofert (leki dostępne w ramach programu lekowego)
2. aby cena brutto każdego leku nie przekraczała dotyczącej tego leku najniższej wysokości limitu finansowania przedstawionej na liście leków refundowanych w dniu otwarcia ofert
3. aby oferowane leki były produkowane przez tego samego producenta
4. w przypadku zaoferowania preparatu termolabilnego wykonawca zobowiązany jest przy każdej dostawie dostarczyć rejestrator temperatury z wyświetlaczem umożliwiającym odczyt temperatury każdego opakowania w chwili odbioru przez zamawiającego lub załącza/przesyła drogą elektroniczną wydruk z rejestratora temperatury jako potwierdzenie prawidłowych warunków transportu

Zamawiający:
SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-027 Katowic ul. Francuska 20/24

OŚWIADCZENIE SKŁADANE RAZEM Z OFERTA

Wykonawca:

Lek S.A.
Ul. Podlipie 16
95-010 Stryków

Nazwa wykonawcy, siedziba

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO
składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **DOSTAWA LEKÓW 45, sygn. sprawy: ZP-22-150UN**, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 ze zm.), zwanej dalej ustawą

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576¹.
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835).²

Warszawa, dnia 08/11/2022
(miejscowość, data)

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy

Szanowni Państwo,

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

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

Dane teleadresowe Wykonawcy

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy

Agnieszka Gałenka – Starszy Specjalista ds. Przetargów

Tel (22) 209 6996

fax (22) 209 7004

e-mail: agnieszka.galenza@sandoz.com

Składanie zamówień

Magdalena Baldys, Mirosław Tomaszewski

Tel. (22) 209-60-52, (22) 209-70-32

Fax. (22) 209-70-07, (22) 209-70-08

e-mail: zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

Reklamacje

Małgorzata Kołodziejczyk

Tel. (42) 295 6348

Fax. (42) 295 7191

e-mail: malgorzata.kolodziejczyk@sandoz.com

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia**. Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.