

## FORMULARZ OFERTOWY

Ja (my), niżej podpisany(i)

Jakub Karpiński

działając w imieniu i na rzecz (nazwa firmy):

InPharm Sp. z o.o.

ulica: Strumykowa 28/11

kod i miejscowość: 03-138 Warszawa

województwo: mazowieckie

adres poczty elektronicznej: szpital@inpharm.pl

NIP: 524-257-17-43

REGON: 140487485

KRS/CEIDG: 0000255451

Informacja Wykonawcy dotycząca podmiotów z sektora MŚP:

Jako Wykonawca jestem ~~mikroprzedsiębiorstwem/małym/średnim/dużym~~\* przedsiębiorstwem.

W odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

**„Dostawa preparatów do żywienia pozajelitowego - worki RTU oraz suplementacja” -  
postępowanie powtórzone, nr postępowania 2A/ZP/2023**

1. składam (y) niniejszą ofertę i oferuję (my) za realizację:

**części 1:**

Za łączną cenę:	... zł netto	... zł brutto
Wartość vat: [ ]		
Stawka podatku od towarów i usług: .... % VAT		

**części 2:**

Za łączną cenę:	... zł netto	... zł brutto
Wartość vat: [ ]		
Stawka podatku od towarów i usług: .... % VAT		

**części 3:**

Za łączną cenę:	13 936,00 zł netto	15 050,88 zł brutto
Wartość vat: [1 114,88 zł ]		
Stawka podatku od towarów i usług: 8 % VAT		

Cena oferty wynika z wartości ujętych w formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym **załącznik nr 1a do SWZ**.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej wymaganiami i zasadami postępowania, oraz że uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy (załącznik nr 4 do SWZ), które zostały przez nas zaakceptowane. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego

4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
5. Informujemy, że wybór naszej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku VAT oraz stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie – jeżeli dotyczy<sup>1</sup>

Lp.	Nazwa towaru lub usługi, robót, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego zamawiającego	Wartość towaru /usługi bez kwoty podatku VAT	Stawka podatku od towarów i usług

6. Usługi objęte przedmiotem zamówienia zamierzamy wykonać z udziałem podwykonawców/bez udziału podwykonawców<sup>2</sup>.

Nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom<sup>3</sup>:

Lp.	Nazwa części zamówienia, firmy podwykonawców (o ile są znane)
a)	

7. Oświadczamy, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. / ~~Oświadczamy, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:~~

--

~~Dokumenty/informacje te stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, bowiem:~~

--

8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Klauzulą Informacyjną wynikającą z art. 13 RODO, zawartą w Rozdziale II SWZ oraz, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>4</sup>.
9. Osoba do kontaktu z Zamawiającym: [Jakub Karpiński ], nr tel. [ 665 608 909 ], e-mail: [ szpitale@inpharm.pl ].

10. Dane do umowy:

- a) Proszę o wskazanie osoby reprezentującej Wykonawcę - osoba podpisująca umowę [ Sławomir Bernaciak – Prezes Zarządu ]
- b) Adres e- mail Wykonawcy do uruchomienia "prawa opcji" [ szpitale@inpharm.pl]
- c) Adres e- mail Wykonawcy z którego przesyłane będą na adres e- mail Zamawiającego faktury, duplikaty faktur, oraz ich korekty, a także noty obciążeniowe i noty korygujące [ faktury@inpharm.pl ]

<sup>1</sup> Niewypełnienie tabeli będzie rozumiane jako informacja, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego

<sup>2</sup> Odpowiednie zaznaczyć

<sup>3</sup> j.w.

<sup>4</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).

d) Adres e-mail Wykonawcy do składania zamówień [ [szpitale@inpharm.pl](mailto:szpitale@inpharm.pl) ], oraz numer telefonu [ 665 608 909 ]

e) Osoba odpowiedzialna za realizację umowy po stronie Wykonawcy: [ Jakub Karpiński ], adres e-mail: [ [szpitale@inpharm.pl](mailto:szpitale@inpharm.pl) ]

f) Zgłaszanie wad i braków ilościowych na adres e-mail: [ [szpitale@inpharm.pl](mailto:szpitale@inpharm.pl) ].

\* **niepotrzebne skreślić**