

FORMULARZ OFERTOWY

Ja (my), niżej podpisany(i)

Joanna Rokita

działając w imieniu i na rzecz (nazwa firmy):

MIP Pharma Polska Sp. z o.o.

ulica: Orzechowa 5

kod i miejscowość: 80-175 Gdańsk

województwo: Pomorskie

adres poczty elektronicznej: joanna.rokita@mip-pharma.pl

NIP: 5262627553

REGON: 017362550

KRS/CEIDG: 0000044185

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:
„Dostawę antybiotyków i heparyn”, nr postępowania 13/ZP/2023

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

części 4:

Za łączną cenę:	11900,00 zł netto	12852,00 zł brutto
Wartość vat: [952,00 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
- Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
- ~~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 dotyczy¹~~

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

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 podwykonawców².

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

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 postępowaniu⁴.

9. Osoba do kontaktu z Zamawiającym: [Joanna Rokita], nr tel. [694462330, 583260884], e-mail: [joanna.rokita@mip-pharma.pl].

10. Dane do umowy:

a) Proszę o wskazanie osoby reprezentującej Wykonawcę - osoba podpisująca umowę [Barbara Balkowska- Vice Prezes]

b) Adres e- mail Wykonawcy do uruchomienia "prawa opcji" [joanna.rokita@mip-pharma.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 [sekretariat3@mip-pharma.pl, dorota.wedrocha@mip-pharma.pl]

d) Adres e-mail Wykonawcy do składania zamówień [dorota.wedrocha@mip-pharma.pl], oraz numer telefonu [694462326]

e) Osoba odpowiedzialna za realizację umowy po stronie Wykonawcy: [Dorota Wędrocha], adres e-mail: [dorota.wedrocha@mip-pharma.pl]

f) Zgłaszanie wad i braków ilościowych na adres e-mail: [sekretariat3@mip-pharma.pl].

* - niepotrzebne skreślić

² Odpowiednie zaznaczyć

³ j.w.

⁴ 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).

