

**Świętokrzyskie Centrum Onkologii  
Ul. Artwińskiego 3  
25-734 Kielce**

**Warszawa, dnia 2 sierpnia 2023**

**OFERTA W TRYBIE PODSTAWOWYM  
Znak sprawy AZP.2411.160.2023.JM**

1. Spis treści	str.1
2. Formularz ofertowy	str.2-4
3. Formularz cenowy	str.5
4. Oświadczenie – 3,4	str.6-7
5. Informacja dla Zamawiającego	str.8

**Z poważaniem,**

**Agnieszka Gałenza  
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Agnieszka Gałenza – Kierownik Działu Przetargów

Tel 695 106 996, fax (22) 209 7004, e-mail: [agnieszka.galenza@sandoz.com](mailto:agnieszka.galenza@sandoz.com)

Adres do korespondencji:

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

**DRUK OFERTY**

**Dot. postępowania na Zakup wraz z dostawą leków ogólnych, antybiotyków, leków psychotropowych, leków odurzających dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach  
nr sprawy: IZP.2411.160.2023.JM**

**1. Dane Wykonawcy:**

Lek S.A.

Ul. Podlipie 16 95-010 Stryków

województwo łódzkie

kraj Polska

REGON 471255608

NIP 7281341936

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

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

Agnieszka Gałenza - Pełnomocnik

Imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty:

Agnieszka Gałenza tel. 695 106 996

**W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia należy podać dane pozostałych Wykonawców z zaznaczeniem ich roli oraz zakresu wykonywanych zadań\***

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym tj.:

**Pakiet nr 4 -**

Netto 161 492,50 zł Słownie sto sześćdziesiąt jeden tys czterysta dziewięćdziesiąt dwa 50/100 zł

+ VAT 12 919,40 zł

Brutto 174 411,90 zł , słownie sto siedemdziesiąt cztery tys czterysta jedenaście 90/100 zł

2. Oświadczamy, że podane w Ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji Umowy.

3. Oświadczamy, że oferujemy stałość cen w trakcie trwania umowy.

4. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

5. Oświadczamy, że:<sup>1</sup>

- 1) wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,\*
- ~~2) wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku:\*~~

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi	Wartość netto towaru lub usługi
1.		
2.		

\* **niepotrzebne skreślić**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją dotyczącą niniejszego Postępowania, uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia publicznego oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń. Jednocześnie uznajemy się związani określonymi w dokumentacji Postępowania wymaganiami i zasadami postępowania i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z określonymi warunkami.

7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres określony w SWZ.

8. Oświadczamy, że Wzór umowy oraz zawarte w nim warunki realizacji, w tym terminy wykonania zamówienia i warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.

9. Oświadczamy, iż w przypadku uzyskania zamówienia:

- całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi\*,
- ~~— zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia\*:~~

.....  
.....

(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazwy/firmy podwykonawców oraz zakres powierzonych im zadań)

\* **niepotrzebne skreślić**

10. Wielkość przedsiębiorstwa:

Mikroprzedsiębiorstwo	Małe przedsiębiorstwo	Średnie Przedsiębiorstwo	Duże przedsiębiorstwo
			x

<sup>1</sup> Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w tym zakresie, stosownie do treści art. 91 ust. 3a ustawy Pzp.

**Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”**

11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>3</sup>.

12. Rodzaj podpisu, za pomocą którego podpisano dokumenty ofertowe (wypełnienie nieobowiązkowe):

<b>Kwalifikowany podpis elektroniczny</b>	<b>Podpis zaufany</b>	<b>Podpis osobisty tzn. zaawansowany podpis elektroniczny</b>
x		
<b>Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”</b>		

13. Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania zamówienia jest Pani/Pan:

- Dział Obsługi Klienta (Magdalena Bałdys)
- Adres ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa
- Telefon 22 209 6052 fax 22 209 7008 e-mail zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

<sup>2</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>3</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).

**Pakiet nr 4 - ANTYBIOTYKI - I**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lp.	Nazwa międzynarodowa preparatu - postać - dawka	Nazwa handlowa preparatu - postać - dawka - producent - kod EAN	J.m.	Ilość	Cena jedn. netto zł.	Wartość netto zł (kolumna 5x6)	VAT%	Cena jedn. brutto zł.	Wartość brutto zł (kolumna 7x8)
1	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum inj. 1,2 g x 5 fiolek	Amoksiklav 1,2g x 5 fiolek / Sandoz / 5909990352913	op	2 200	25,00 zł	55 000,00 zł	8%	27,00 zł	59 400,00 zł
2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum tabletki 1,0 g x 14 sztuk	Amoksiklav 1000mg x 14 tabl. / Lek d.d. / 5909990411115	op	340	3,50 zł	1 190,00 zł	8%	3,78 zł	1 285,20 zł
3	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum tabletki 0,625 g x 14 sztuk	Amoksiklav 625mg x 14 tabl. / Lek d.d. / 5909990081912	op	15	3,50 zł	52,50 zł	8%	3,78 zł	56,70 zł
4	Vancomycini hydrochloridum inj. 500 mg x 1 fiol. - proszek do sporządzania roztworu do infuzji i do podania doustnego przez zglębniak nosowo - gardłowy	Edicin 500mg x 1 fiol. / Lek d.d. / 5909990701018	op	1250	17,00 zł	21 250,00 zł	8%	18,36 zł	22 950,00 zł
5	Vancomycini hydrochloridum inj. 1,0 g x1 fiol. - proszek do sporządzania roztworu do infuzji i do podania doustnego przez zglębniak nosowo - gardłowy	Edicin 1000mg x 1 fiol. / Lek d.d. / 5909990701117	op	4000	21,00 zł	84 000,00 zł	8%	22,68 zł	90 720,00 zł
<b>RAZEM</b>						<b>161 492,50 zł</b>			<b>174 411,90 zł</b>

**Zamawiający wymaga:**

- aktualną, na dzień otwarcia ofert, Kartę Charakterystyki Produktu Leczniczego, zawierającą potwierdzoną datę jej zatwierdzenia lub częściowej zmiany tekstu (dotyczy pozycji: 1 - 5).

**Wykonawca:**

Lek S.A.  
Ul. Podlipie 16  
95-010 Stryków  
NIP 7281341936  
KRS 61723  
(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL,)

reprezentowany przez:

Agnieszka Gałenza - Pełnomocnik  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**uwzględniające przesłanki wykluczenia z 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 z dnia 11 września 2019 r.  
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup wraz z dostawą leków ogólnych, antybiotyków, leków psychotropowych, leków odurzających dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach nr sprawy: IZP.2411.160.2023.JM**, oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp oraz **uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

~~Oświadczam, że **zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:~~

.....  
.....

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są **aktualne i zgodne z prawdą** oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Wykonawca:**

Lek S.A.  
Ul. Podlipie 16  
95-010 Stryków  
NIP 7281341936  
KRS 61723  
(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL,)

reprezentowany przez:

Agnieszka Gałenza - Pełnomocnik  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup wraz z dostawą leków ogólnych, antybiotyków, leków psychotropowych, leków odurzających dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach nr sprawy: IZP.2411.160.2023.JM**, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. IX Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

1. Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w sekcji X Specyfikacji Warunków Zamówienia polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

....., w następującym zakresie:  
.....(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)

2. Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:

.....  
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,)

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**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 – Kierownik Działu Przetargów

Tel 695 106 996

e-mail: [agnieszka.galenka@sandoz.com](mailto:agnieszka.galenka@sandoz.com)

Składanie zamówień

Dział Obsługi Klienta

Tel. (22) 209-60-52

Fax (22) 209-70-08

e-mail: [zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com](mailto:zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com)

Reklamacje

reklamacje magazynowe - [reklamacje.magazynowe@sandoz.com](mailto:reklamacje.magazynowe@sandoz.com)

reklamacje jakościowe - [reklamacje.jakosciowe@sandoz.com](mailto:reklamacje.jakosciowe@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.