

Warszawa, dnia 02.01.2024r

**Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu  
Świętokrzyskim  
UL. SZYMANOWSKIEGO 11  
27-400 OSTROWIEC ŚW.**

**OFERTA W PRZETARGU NIEOGRANICZONYM  
Znak sprawy ZP/37/2023**

1. Spis treści		str.1
2. Formularz ofertowy	- zał nr 2	str.2-3
3. Formularz cenowy	- zał nr 1	str.4
4. Informacja dla Zamawiającego		str.5

**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:

Agnieszka Gałenka – Kierownik Działu Przetargów  
Tel 695 106 996, fax (22) 209 7004, e-mail: [agnieszka.galenka@sandoz.com](mailto:agnieszka.galenka@sandoz.com)

Adres do korespondencji:

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

**Załącznik nr 2 do SWZ. Wzór formularza ofertowego**

**Warszawa, dnia 2 stycznia 2024**

Nazwa i siedziba Oferenta  
**Lek S.A.**

**Ul. Podlipie 16**

**95-010 Stryków**

REGON: 471255608

Tel. 695 106 6996

e-mail [gagnieszka.galenza@sandoz.com](mailto:gagnieszka.galenza@sandoz.com)

**OFERTA do Sprawy ZP/37/2023**

W związku z ogłoszonym postępowaniem w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup i dostawy leków**, opublikowanego w Suplemencie do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej **2023/S 237-745632** z dnia **08-12-2023** r.

Oferujemy przyjęcie do wykonania zamówienie zgodnie z przedmiotem zamówienia zał. Nr 1 do SWZ za cenę:

**Pakiet nr 39** - wartość netto 81 408,00 zł wartość brutto z 8% podatkiem VAT 87 920,64 zł

Słownie osiemdziesiąt siedem tys dziewięćset dwadzieścia 64/100 zł

**W ZAŁĄCZNIKU PODAJEMY CENY JEDNOSTKOWE W POSZCZEGÓLNYCH PAKIETACH.**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń, jak również posiadamy pełne informacje potrzebne i konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że dostarczony przez nas towar spełniać będzie wszystkie normy jakościowe, a w przypadku dostawy towaru złej jakości ponosimy za to pełną odpowiedzialność;
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
4. Oświadczamy, że **posiadamy ważne Świadectwa Rejestracji oferowanych leków i zobowiązujemy się do natychmiastowego dostarczenia w/w świadectw na każde wezwanie zamawiającego.**
5. **Oświadczam, że** w razie wybrania oferty wykonawcy, jako najkorzystniejszej oferty, wykonawca zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy stanowiącym integralną część treści SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
6. Oświadczamy, że przedmiotowe zamówienie wykonamy samodzielnie bez współudziału podwykonawców/~~lub powierzymy~~  
podwykonawcy: .....  
następujące części  
zamówienia.....\*
8. Termin płatności (w dniach) 60 dni
9. Całość zamówienie zrealizujemy w terminie – **12 miesięcy** od podpisania umowy.
10. 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,\*\*  
(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 należy oświadczenie wykreślić i pozostawić wyłącznie oświadczenie z pkt 12)

11. Osoba/y do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie umowy:

Magdalena Bałdys telefon: 22 209 6052 , e-mail: zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

12. Na podstawie art. 225 Pzp informuję, że wybór oferty:

(właściwy wybór należy zaznaczyć wpisując w pole prostokąta znak X)

nie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego;

będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego:

a) — wskazuję nazwę (rodzaj) usługi, której dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego: .....

b) — wskazuję wartości usługi objętej obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku: .....

c) — wskazuję stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: .....

14. Czy wykonawca jest\*:

mikroprzedsiębiorstwem,

małym przedsiębiorstwem,

średnim przedsiębiorstwem,

jednoosobową działalność gospodarczą,

osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,

inny rodzaj **DUŻYM**

\* niepotrzebne skreślić/właściwe zaznaczyć

Wykaz dokumentów wchodzących w skład oferty:

Zgodnie ze spisem treści na str.1

**PAKIET 39- Teriflunomidum**

L.P.	Nazwa	Jedn.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	VAT	Cena brutto	Wartość brutto	Nazwa handlowa (kod EAN)
1.	Teriflunomidum 14mg x 28 tabl.	op.	96	<b>848,00 zł</b>	<b>81 408,00 zł</b>	<b>8%</b>	<b>915,84 zł</b>	<b>87 920,64 zł</b>	<b>Terebyo, (7613421163334)</b>
					<b>81 408,00 zł</b>			<b>87 920,64 zł</b>	

**Program lekowy SM (B29) leczenie stwardnienia rozsianego**

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. 225 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 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.