

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Beżycach
Ul. Przemysłowa 44
24-200 Beżyce

FORMULARZ OFERTOWY

Ja/my* niżej podpisani:

Monika Wieliczko
Specjalista ds. zamówień publicznych
Pełnomocnictwo
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)
*) niepotrzebne skreślić

działając w imieniu na rzecz:

Servier Polska Services Sp. z o.o.
(pełna nazwa Wykonawcy/ Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: Ul. Burakowska 14, 01-066 Warszawa

Kraj: Polska

REGON: 017488416

NIP: 527-236-74-67

Tel.: 600 080 024, 667 880 17

Adres e-mail: zamowienia.szpitale@servier.com

Nr konta bankowego: 78 1840 0007 2212 3880 0810 1619

Wykonawca jest:

- mikroprzedsiębiorstwem,
 - ~~- małym przedsiębiorstwem,~~
 - ~~- średnim przedsiębiorstwem,~~
 - ~~- osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą,~~
 - ~~- osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,~~
 - inny rodzaj podmiotu*
- *) niepotrzebne skreślić

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na **Leki**, znak postępowania: **ZP/PN/44/2024**

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie:

ZADANIE NR 21

(należy wpisać Numer Pakietu, na który Wykonawca składa ofertę)

Cena **netto** 3.554,65 zł (słownie zł: Trzy tysiące pięćset pięćdziesiąt cztery złote 65/100)
Cena **brutto** 3.839,02 zł (słownie zł: Trzy tysiące osiemset trzydzieści dziewięć złotych 02/100)
za realizację zamówienia w zakresie zadania 21, w tym podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki: 8%

Wykonawca wypełnia odrębnie dla każdego Pakietu, na który składa ofertę.

2. OŚWIADCZAMY, że wybór przedmiotowej oferty*:

- a) **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,
- b) ~~**będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w zakresie i wartości:~~

.....
(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług)

**) niepotrzebne skreślić; w przypadku nie skreślenia (nie wskazania) żadnej z ww. treści oświadczenia i nie wypełnienia powyższego pola oznaczonego „należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług” - Zamawiający uzna, że wybór przedmiotowej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

3. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.

4. OŚWIADCZAMY, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.

5. OŚWIADCZAMY, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez 90 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

6. OŚWIADCZAMY, że akceptujemy wymagany termin realizacji zamówienia tj. sukcesywna dostawa przez okres 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.

7. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w Załączniku nr 6 do SWZ i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.

8. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy 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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

9. Oświadczenie o powierzeniu części zamówienia podwykonawcy *:

Oświadczam/y, że:

1) przedmiot zamówienia wykonamy samodzielnie,

2) ~~zamierzamy powierzyć wykonanie:~~

a) ~~części zamówienia:~~

b) ~~podwykonawcom (nazwy/firmy):~~

** **niepotrzebne skreślić.** W przypadku nie wykreślenia którejś z pozycji i nie wypełnienia w pozycji a) i b), Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania żadnej części zamówienia podwykonawcom.*

10. ZOBOWIĄZANIE W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA.

1) Akceptuję proponowany przez Zamawiającego Projekt umowy, który zobowiązuje się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

2) Osobami uprawnionymi do merytorycznej współpracy i koordynacji w wykonywaniu zadania ze strony Wykonawcy jest: Dorota Piskorska
nr telefonu 602 232 747, e-mail: zamowienia.szpitale@servier.com

4) Dane potrzebne do zawarcia umowy :

nazwa: „Servier Polska Services Sp. z o.o.” z siedzibą w Warszawie
przy ul. Burakowska 14, 01-066 Warszawa województwo Mazowieckie
działającą zgodnie z wpisem do KRS prowadzonego przez
pod numerem 0000098374 NIP 527-236-74-67 REGON 017488416
reprezentowaną przez Magdalena Wackowska, Monika Wieliczko
Tel.: 600 080 024, 667 880 317 adres e-mail: zamowienia.szpitale@servier.com

11. Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące dokumenty:

1. Zgodnie z wymogami SWZ
2.
3.

Podpis elektroniczny kwalifikowany

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz Ofertowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentowania Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.