

**Zespół Opieki Zdrowotnej
ul. Szpitalna 22,
34-200 Sucha Beskidzka**

Warszawa, dnia 18 grudnia 2024

OFERTA

Znak sprawy ZOZ.V.010/DZP/126/24

1. Spis treści	str.1
2. Formularz ofertowy	str.2-4
3. Formularz cenowy	str.5
4. Oświadczenie – zał nr.2	str.6-9
5. Informacja dla Zamawiającego	str.10

Z poważaniem,

**Monika Augustyniak
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Anna Szewiernowska

Tel 695 490 670, fax (22) 209 7004, e-mail: anna.szewiernowska@sandoz.com

Adres do korespondencji:

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

OFERTA

Nazwa Wykonawcy:	Lek S.A.
Adres (siedziba) Wykonawcy:	95-010 Stryków, ul. Podlipie 16
Województwo:	Łódzkie
KRS:	0000061723
NIP:	728-134-19-36
REGON:	471255608
Osoba do kontaktu:	Anna Szewiernowska
Telefon:	695490670
e-mail:	anna.szewiernowska@sandoz.com

Dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej
dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na
**Dostawa produktów leczniczych i innych materiałów do Apteki Szpitalnej -
uzupełnienie II do 2025r.**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Nr pakietu	Wartość netto	Wartość brutto
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7	146.500,00 zł	158.220,00 zł
8		

- Oświadczamy, że termin płatności wynosi 60 dni.
- Oświadczamy, że zamówienie będziemy wykonywać do czasu wyczerpania asortymentu stanowiącego przedmiot zamówienia, nie dłużej jednak niż przez okres 12miesięcy.
- Oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie Polski.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 17.01.2025r.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku nr 3 do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

część zamówienia: nazwa (firma) podwykonawcy:nie dotyczy.....
--	--------------------------------

**Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy.
 ^ W przypadku wskazania podwykonawcy, zastosowanie ma ogólnounijny zakaz udziału rosyjskich wykonawców w zamówieniach publicznych i koncesjach udzielanych w państwach członkowskich Unii Europejskiej ustanowiony na mocy art. 1 pkt 23 rozporządzenia 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. do rozporządzenia Rady (UE) 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.*

8. Wykonawca jest *:
 mikroprzedsiębiorstwo
 małe przedsiębiorstwo
 średnie przedsiębiorstwo
 jednoosobowa działalność gospodarcza
 osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej
 inny rodzaj **X** - duże przedsiębiorstwo

- Zaznaczyć właściwe

9. Dane do umowy:

a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:		
Imię i nazwisko/ Stanowisko		
Agnieszka Gałenka - Pełnomocnik		
b) Osoba(y), odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:		
Imię i nazwisko:	Stanowisko:	tel/ fax/ e-mail:
Magdalena Bałdys Miroslaw Tomaszewski	Dział Obsługi Klienta	22 209 6052 Fax 22 209 7007/8 zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com
c) Nr rachunku bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą:		
Nazwa i adres banku:	Nr rachunku:	
Bank BGŻ BNP Paribas S.A.	Bank BGŻ BNP Paribas S.A.	

10. Oświadczam, że:

- Zostałem poinformowany zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO¹ o przetwarzaniu moich danych osobowych na potrzeby niniejszego postępowania o udzieleniu zamówienia publicznego oraz zawarcia i realizacji umowy²
- *Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu³.

11. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1 zgodnie ze spisem treści ze str.1

2.....

Informacje dla Wykonawcy:

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

- *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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie)

- 1) 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).
- 2) Dotyczy wykonawcy, z którym zostanie zawarta umowa
- 3) Dotyczy wykonawcy, z którym zostanie zawarta umowa

Pakiet 7

PAKIET 7

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość (1000 j.m.)	Cena jednostkowa netto (1000 j.m.)	Stawka VAT	Cena jednostkowa brutto (1000 j.m.)	Wartość netto	Wartość brutto	Opis-nazwa, dawka, producent
1	Czynnik stymulujący erytropoezę (1000 j.m, 2000 j.m, preparata wielodawkowy)	10000	14,65 zł	8%	15,82 zł	146.500,00 zł	158.220,00 zł	Sandoz, Binocrit 1000 j.m/0,5ml, 6 amp-strzyk. EAN 5909990072378; Sandoz, Binocrit 2000 j.m/ml, 6 amp-strzyk. EAN 5909990072392
						146.500,00 zł	158.220,00 zł	

Wartość pakietu netto: sto czterdzieści sześć tys. pięćset zł, 00/100

Wartość pakietu brutto: sto pięćdziesiąt osiem tys. dwieście dwadzieścia zł. 00/100

Warunki płatności: 60 dni

Zamawiający:

Zespół Opieki Zdrowotnej
34-200 Sucha Beskidzka
ul. Szpitalna 22

Wykonawca:

Lek S.A.

Ul. Podlipie 16

95-010 Stryków

NIP 7281341936

KRS 0000061723

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

Monika Augustyniak -

Pełnomocnik

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do

reprezentacji)

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie
zamówienia**

**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 Pzp

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. Dostawa produktów leczniczych i innych materiałów do Apteki Szpitalnej – uzupełnienie II
do 2025r.

prowadzonego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: zastosować, gdy zachodzą przesłanki wykluczenia z art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy Pzp, a wykonawca korzysta z procedury samooczyszczenia, o której mowa w art. 110 ust. 2 ustawy Pzp] ~~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 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze i zapobiegawcze:~~

-
3. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)¹.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

[UWAGA: stosuje tylko wykonawca/ wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie]

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SWZ rozdział VI (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

[UWAGA: stosuje tylko wykonawca/ wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, a jednocześnie samodzielnie w pewnym zakresie wykazuje spełnianie warunków]

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SWZ rozdział VI (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu) w następującym zakresie:

.....

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTÓW UDOSTĘPNIAJĄCYCH ZASOBY:

~~Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ rozdział VI (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu), polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego/ych podmiotu/ów udostępniających zasoby: (wskazać nazwę/y podmiotu/ów).....~~

~~..... w następującym zakresie:~~

.....

¹ Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu).

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZAPOZNANIA SIĘ Z PROCEDURĄ DOT. OCHRONY SYGNALISTÓW:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych – Procedura zgłoszeń wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej*, wynikającej z ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024r. poz. 928), wprowadzonej na mocy Zarządzenia Dyrektora nr 43/G/2024 z dnia 30.09.2024 r., rozumiem jej treść, przyjmuję ją do stosowania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w niej zawartych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zobowiązuję się ponadto do aktualizacji znajomości powyższej Procedury wraz z każdorazową jej zmianą przekazaną do wiadomości poprzez ogłoszenie w miejscu publikacji procedury.

**-treść procedury dostępna na stronie internetowej www.zosuchabeskidzka.pl w zakładce „Stefa pacjenta”*

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 DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) KRS 0000061723 <https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu>

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

2) zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej – numer GIF-N-411/327/MSH/11

<https://rejestry.ezdrowie.gov.pl/rhf/search/public>

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

18/12/2024 r.

Lek S.A.

ul. Podlipie 16
95-010 Stryków
Polska

Tel. +48 42 295 7100
www.sandoz.pl

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

Anna Szewiernowska

Tel 695 490 670

fax (22) 209 7004

e-mail: anna.szewiernowska@sandoz.com

Składanie zamówień

Dział Obsługi Klienta

Tel. (22) 209-60-52,

Fax. (22) 209-70-07, (22) 209-70-08

e-mail: zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

Reklamacje

reklamacje magazynowe - reklamacje.magazynowe@sandoz.com

reklamacje jakościowe - 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.