

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przedmiot zamówienia	<b>SUKCESYWNA DOSTAWA PRODUKTÓW LECZNICZYCH</b>
Zamawiający	<b>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie</b> ul. Szpitalna 10, 64 – 400 Międzychód tel. 95 748 20 11 tel./fax 95-748 27 11

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy:	
Adres (siedziba) Wykonawcy	
Województwo	
NIP	
REGON	
Osoba do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania	
Telefon	
e-mail	
<p>Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?</p> <p><i>Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.</i></p> <p><i>Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.</i></p> <p><i>Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.</i></p> <p><i>Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.</i></p>	<input type="checkbox"/> Mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> Małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> Średnie przedsiębiorstwa <input type="checkbox"/> jednoosobowa działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> inny rodzaj: ..... (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

Ofertę składamy na następujące pakiety: .....

Wartość netto w zł	% VAT	Wartość brutto w zł.	Słownie wartość brutto

Termin związania ofertą	<b>30 dni</b> – licząc od dnia upływu terminu składania ofert tj. do dnia <b>02.06.2022r.</b>
Termin płatności	<b>do .....</b> dni ( <i>nie mniej niż 45 dni</i> ) licząc od daty wystawienia faktury
Dostawy cząstkowe wykonamy w:	<b>do .....</b> roboczych ( <i>maksymalnie do 3 dni roboczych</i> ) licząc od dnia pisemnego złożenia zamówienia
Termin wykonania zamówienia:	od dnia zawarcia umowy do <b>31.05.2023r.</b> ,

### MY NIŻEJ PODPISANI

.....  
.....

działając w imieniu i na rzecz

.....  
.....

*nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców / w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich współników spółki cywilnej lub członków konsorcjum*

- SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze SWZ.
- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia (SWZ) oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
- OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę brutto ..... zł (słownie złotych: .....)
- AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ.
- JESTEŚMY** związani ofertą przez czas wskazany w SWZ.
- OŚWIADCZAMY**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy SAMODZIELNIE / z udziałem PODWYKONAWCÓW\*.
- OŚWIADCZAMY**, że sposób reprezentacji Wykonawcy\*/Wykonawców WSPÓLNIE ubiegających się o udzielenie zamówienia\* do potrzeb zamówienia jest następujący:

*(wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę)*

- GWARANTUJEMY** wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji, jeżeli nastąpiły w toku postępowania.
- OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z istotnymi dla Stron postanowieniami umowy określonymi w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonych przez Zamawiającego.
- Posiadam Zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, składu celnego lub składu konsygnacyjnego** wydane na podstawie art. 72 i art. 74 ustawy z dnia 06 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. z dnia 16.09.2021r. Dz. U. 2021 r. poz. 1977 ze zm.), zezwolenie na obrót produktami leczniczymi na terenie RP lub inny dokument upoważniający Wykonawcę do obrotu i sprzedaży produktów leczniczych w tym dokumenty równoważne obowiązujące na terenie Państw członków UE (dotyczy produktów leczniczych).
- OŚWIADCZAMY**, iż oferowany asortyment jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski oraz posiadaniu deklaracji zgodności CE i przedstawię na każde żądanie Zamawiającego, odpowiednie świadectwa rejestracji lub dokumenty dopuszczające do obrotu.
- OŚWIADCZAMY**, że w cenie oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty związane z wykonywaniem przedmiotu zamówienia, niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia, w tym koszty transportu.
- OŚWIADCZAMY**, iż zapoznaliśmy się z załącznikami do projektu umowy stanowiącego załącznik nr 5 do SWZ, tj. z zasadami BHP i środowiskowymi dla podwykonawców oraz zobowiązujemy się je podpisać w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej.
- NA OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ DO KONTAKTU W SPRAWIE SKŁADANIA ZAMÓWIEŃ** wyznaczamy:

.....  
tel./faks do składania zamówień ..... e-mail .....

15. Wykonawca oświadcza, że akceptuje projekt umowy (zał. nr 5 do SWZ) i zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim zawartych oraz wskazuje następującą osobę/osoby do umieszczenia w umowie jako reprezentanta Wykonawcy zgodnie z wpisem w KRS\* /wpisem w CEIDG\*/udzielonym pełnomocnictwem\*:

Imię i nazwisko ..... – stanowisko/funkcja\* .....

Imię i nazwisko ..... – stanowisko/funkcja\* .....

16. **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.

17. **Oświadczamy, że:**

wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \*

wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \*

*(proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)*

w odniesieniu do następujących towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia): .....

Wartość towaru/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u

Zamawiającego to ..... zł netto \*\*.

*\*\* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:  
- wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,  
- mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,  
- importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

18. **Oświadczamy**, pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 297KK), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

19. Załączniki i dokumenty złożone przez Wykonawcę łącznie z ofertą:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

*Ponadto oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż podane ilości asortymentu w pakietach są ilościami szacunkowymi.*

..... dnia ..... roku

\* niepotrzebne skreślić

.....  
podpis elektroniczny kwalifikowany  
lub podpis zaufany lub osobisty  
osoby/-ób uprawnionej/-ych  
do reprezentowania Wykonawcy  
lub pełnomocnika