

**MODYFIKACJA Z DNIA 09.02.2024 R.**

***Formularz Ofertowy***

U W A G A: WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE WYKONAWCA.

**I. DANE WYKONAWCY:**

*(w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego Wykonawcę wymaga się wypełnienia punktu I dla każdego Wykonawcy osobno)*

Nazwa Wykonawcy (ów): „Farmacol- Logistyka” Sp. z o. o.

Siedziba (ulica): Ul. Szopienicka 77

kod: 40-431

miejsowość: Katowice

województwo: śląskie

NIP: 525-240-95-76 REGON: 141107266

KRS/CEIDG: 0000288521

Adres e-mail: [przetargi@farmacol.com.pl](mailto:przetargi@farmacol.com.pl)

tel.: 32 20 80 639 fax: 32 20 80 785

Osoba/ y upoważniona/ e\* do reprezentowania firmy i podpisywania umowy:

Katarzyna Kolebska

p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży Szpitalnej

Wykonawca jest dużym (wpisać odpowiednio: mikro, małym, średnim, dużym) przedsiębiorcą.

Czy Wykonawca pochodzi z innych Państw członkowskich Unii Europejskiej: ~~TAK~~/NIE\*

*\*niepotrzebne skreślić*

**II.** Przedmiotem niniejszej oferty jest „**ZAKUP I DOSTAWA PRODUKTÓW FARMACEUTYCZNYCH DO APTEKI SZPITALNEJ SPEC. PSYCH. ZOZ W ŁODZI** Znak sprawy: ZPIZ/PN/D/4/2024.”, zgodnie z wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**III.** Zobowiązuję/my się do zawarcia umowy na okres 24 miesięcy.

**IV. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA.**

**1.** Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość w wysokości:

**Ogólna wartość netto: 3 175 941,41 zł PLN**

**VAT 8% oraz 23% tj. 255 616,51 zł PLN**

**Ogólna wartość brutto: 3 431 557,92 zł PLN**

**2.** Oferujemy termin dostaw: 1 dni robocze zgodnie z wymogami SWZ.

### 3. Oferujemy termin płatności faktury VAT: 60 dni zgodnie z wymogami SWZ.

#### V. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/y, że jesteśmy związani złożoną ofertą przez okres 90 dni tj. **do dnia 15.05.2024 r** – bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Akceptuję/my przedstawiony w SWZ projekt umowy i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązujemy się do podpisania umowy w zakresie, którego dotyczy złożona oferta, na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami zamówienia oraz dokumentami dotyczącymi przedmiotu zamówienia i akceptujemy je bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. Ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
6. Oświadczam/y, że gwarantujemy stałość cen i wartości brutto przez cały okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem postanowień umowy.
7. Oświadczam/y, że niżej wymienione części niniejszego zamówienia powierzę podwykonawcom:

NIE DOTYCZY/ <del>DOTYCZY</del> *	<del>O ile dotyczy podać zakres – opis części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcy oraz procentowy udział części zamówienia powierzonego podwykonawcy.</del>
	1. 2. 3. 4. etc.

*\*niepotrzebne skreślić*

Niewypełnienie powyższej tabeli spowoduje przyjęcie, iż Wykonawca samodzielnie bez udziału podwykonawców wykonana niniejsze zamówienie.

8. **Oferta zawiera/nie zawiera\*** dokumenty, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.) i nie mogą być przez Zamawiającego udostępnianie innym Wykonawcom \*,

*\*niepotrzebne skreślić*

9. Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na dokonywanie przez Zamawiającego płatności w systemie podzielonej płatności.
10. Oświadczam/y, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w moim/naszym imieniu jest rachunkiem, dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z z 2023 poz. 2488 z późn. zm.) prowadzony jest rachunek VAT.
11. Zobowiązujemy się do niezbywania wierzytelności, przysługujących nam w stosunku do Spec. Psych. ZOZ w Łodzi osobom trzecim bez pisemnej zgody Zamawiającego.
12. Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na porozumiewanie się z nami za pomocą poczty elektronicznej oraz otrzymanie tą drogą informacji o wynikach postępowania oraz zaproszenia do zawarcia umowy.
13. Osobą odpowiedzialną za wykonanie zobowiązań i kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy jest Joanna Klejnowska  
telefon kontaktowy: 32 20 80 636 faks : 32 20 80 785

e-mail (czytelnie) [sprzedazszpitalna@farmacol.com.pl](mailto:sprzedazszpitalna@farmacol.com.pl)

**VI. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty i oświadczenia:**

1/ JEDZ

2/ Formularz cenowy

3/ Załącznik nr 5 i 8

4/ Dokumenty i Oświadczenia Farmacol

5/ Pełnomocnictwo

*Pouczony o odpowiedzialności karnej (m. in. z art. 270, 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm. oświadczam, że oferta oraz załączone do niej dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty.*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)