

Zamawiający:

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu
ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław
(pełna nazwa/firma, adres)

FORMULARZ OFERTY

Ja/my* niżej podpisani:

Klaudia Szarwark – pracownik działu szpitalnego /
na podstawie pełnomocnictwa (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Działając w imieniu i na rzecz:

SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: 40-273 Katowice, ul. Gen. Kazimierza Pułaskiego 9

Kraj Polska

Województwo śląskie

REGON 271059470

NIP: 6340125442

KRS 634-012-54-42

TEL(32)788-55-76

Adres e-mail: przetargi@salusint.com.pl

(na które Zamawiający ma przysłać korespondencję)

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym w trakcie prowadzenia postępowania:

Anna Dawidowicz, tel. (32) 788 55 82, e-mail przetargi@salusint.com.pl

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym w trakcie realizacji umowy:

Jolanta Niedzielska tel (32)788-55-74 e-mail zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

Wykonawca jest mikro – ~~TAK/NIE~~, małym – ~~TAK/NIE~~, średnim przedsiębiorcą – ~~TAK/NIE~~*

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na Dostawę leków cytostatycznych dla Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu

- 1. SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA :

Oferujemy dostawę leków cytostatycznych w następujących cenach:

Pakiet nr 1.....zł netto +%VAT =zł brutto

Pakiet nr 2.....zł netto +%VAT =zł brutto

Pakiet Nr 3.....zł netto +%VAT =zł brutto

Pakiet Nr 4 - 9 886,20 zł netto + 8%VAT = 10 677,10 zł brutto

- 1) Cena oferty netto/brutto za **realizację całego zamówienia** wynosi: 9 886,20 zł /10 677,10 zł w tym podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki: 8%
- 2) Termin realizacji zamówienia do 24 godzin od chwili złożenia zamówienia, a dostawa na cito w ciągu 12 godzin od zgłoszenia zamówienia.
- 3) Zamówienie wykonamy w terminie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
- 4) Wykonawca oświadcza, że w dniu dostawy leków do Zamawiającego ich termin ważności będzie, wynosił min 6 miesięcy.

- 5) Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie przelewem (na zasadach opisanych we wzorze umowy) w terminie 60 dni od daty otrzymania faktury VAT potwierdzającej realizację dostawy towaru.
- 6) Wadium w wysokości **460,00 PLN** (słownie: **czterysta sześćdziesiąt złotych**), zostało wniesione w dniu 29.02.2024, w formie : przelewu bankowego
- 7) Prosimy w zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art.98 ustawy PZP, na następujący rachunek: **97 1140 1078 0000 4069 1300 1002**
- 8) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- 9) **OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- 10) **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 30.03.2024
- 11) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z Projektowanym i Postanowieniami Umowy – wzorem umowy, określonymi w Załączniku nr Do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- 12) **SKŁADAMY** ofertę na _____stronach.
- 13) Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:
1 Formularz asortymentowo-cenowy
2 Oświadczenie
3 Pełnomocnictwo
4 Wadium

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania 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.

*niepotrzebne skreślić