**Załącznik nr 1 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

**składanej do postepowania w trybie przetargu nieograniczonego**

na podstawie art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm) zwaną dalej ustawą Pzp

**na** **dostawę produktów leczniczych.**

**I. Dane Wykonawcy:**

*(w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwę Pełnomocnika oraz zaznaczyć, iż wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia, a także wymienić wszystkich pozostałych wykonawców)*

1. Nazwa: ..........................................................................................................................................................

2. Adres: ….......................................................................................................................................................

/ kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu/

3. Województwo ............................................ Powiat ........................................................

4. Tel. ........................................... Fax. ........................................................

5. Regon ........................................... NIP ........................................................

6. Bank ......................................... Nr rachunku ........................................................

*UWAGA: na powyżej wpisany rachunek bankowy Wykonawcy nastąpi zwrot wadium wpłaconego w formie pieniężnej (jeżeli było wymagane)*

7. Nazwiska oraz funkcje osób reprezentujących Wykonawcę oraz upoważnionych do podpisania umowy z Zamawiającym: .......................................................................................................................

8. Przedstawiciel Wykonawcy uprawniony do kontaktowania się z Zamawiającym: …………………….

tel. ……................................ fax. .........................................

1. Adres e-mail ………………………..

**II.** Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie i na zasadach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami za następującą cenę:

**Pakiet 1**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 2**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 3**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 4**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 5**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 6**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 7**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 8**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 9**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 10**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 11**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**Pakiet 12**

1. **wartość netto .......................... zł.** (słownie: …......................................................................……... );

**wartość VAT .......................... zł.**

1. **wartość brutto ........................ zł.** (słownie: …..................................................…………….. );

**zgodnie z załączonym „Formularzem asortymentowo-cenowym” (Załącznik nr 2 do SWZ).**

**III. Oświadczenia dotyczące SWZ:**

1. Oświadczamy, że cena oferty podana w pkt II oferty została skalkulowana w oparciu o posiadaną wiedzę i doświadczenie; oraz cena ta uwzględnia należne podatki i inne należności publicznoprawne, a także wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie.
2. Przedmiot zamówienia wykonamy sukcesywnie w okresie 20 miesięcy od pierwszego dnia obowiązywania umowy.
3. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będziemy dostarczać do Zamawiającego(Apteka Szpitalna w Będzinie przy ul. Małachowskiego 12 lub do pomieszczeń wskazanych przez Zamawiającego w Czeladzi, ul. Szpitalna 40) wg. zamówień do 24 godzin od daty złożenia zamówienia częściowego. Zamówienia w trybie „na cito” będą dostarczane w ciągu 6 godzin od momentu złożenia zamówienia.
4. Oświadczamy, że posiadamy i na każde żądanie Zamawiającego dostarczymy Karty Charakterystyki produktów leczniczych.
5. Wykonawca zobowiązany będzie dostarczać przedmiot zamówienia z datą ważności nie krótszą niż 12 miesięce od daty dostawy.
6. Oferujemy termin płatnościza zrealizowany przedmiot zamówienia - 60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego poprawnie wystawionej faktury VAT.
7. Oświadczamy, że ceny przedmiotu zamówienia nie ulegną zmianie przez cały okres obowiązywania Umowy, o ile nie wystąpią okoliczności, o których mowa w § 7 ust. 5 lit. b), c), d), e), f), g), h) lub i) umowy - Załącznik 10 do SWZ.
8. Oświadczamy, że wybór niniejszej oferty:
9. nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług\*
10. będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług w związku z czym wskazujemy nazwę (rodzaj) usług, których świadczenie będzie prowadzić do jego powstania: ………………………(wpisać), oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku: ………………………………..złotych (wpisać), a także stawkę podatku od towarów i usług, która – zgodnie z naszą wiedzą - będzie miała zastosowanie: ……………% (wpisać)\*

9. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą do terminu wskazanego w SWZ.

10. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w SWZ i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.

11. Bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki realizacji zamówienia wynikające ze Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami oraz z projektowanymi postanowieniami umowy (Załącznik nr 10 do SWZ) i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia i realizacji umów na takich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Oświadczam, że niżej wymienieni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia wykonają następujące *roboty budowlane, dostawy, usługi*\* składające się na przedmiot zamówienia:

***\*niepotrzebne skreślić***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy, spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia | *Robota budowlana, dostawa, usługa*\* składająca się na przedmiot zamówienia, która zostanie wykonana przez Wykonawcę wskazanego w kol. 1 |
|  |  |

***(UWAGA: pkt. 12 dotyczy jedynie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego)***

13. Przedmiot zamówienia zrealizujemy siłami własnymi\*/z pomocą podwykonawców**\***, którym powierzymy do wykonania:

a) …………..………………………………………...........................................................................

*(Nazwa i adres podwykonawcy)*

…………..………………………………………...........................................................................

*(części zamówienia, która zostanie powierzona podwykonawcy)*

b) …………..………………………………………...........................................................................

*(Nazwa i adres podwykonawcy)*

…………..………………………………………...........................................................................

*(części zamówienia, która zostanie powierzona podwykonawcy)*

14. Rodzaj Wykonawcy:

1. Mikroprzedsiębiorstwo\*
2. Małe przedsiębiorstwo\*
3. Średnie przedsiębiorstwo\*
4. Jednoosobowa działalnością gospodarczą\*
5. Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*
6. Inny rodzaj\*

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia pkt. 14 należy wypełnić dla każdego Wykonawcy odrębnie.*

1. Potwierdzamy, że jesteśmy świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.
2. Oświadczamy, że nie zalegamy z zapłatą podatków i innych należności publicznoprawnych.

17.Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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) (dalej: RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

UWAGA: W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczące lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO oświadczenia powyższego Wykonawca nie składa. W takim przypadku należy usunąć treść oświadczenia np. przez jego wykreślenie.

18. Załącznikami do niniejszej oferty są:

a) ...........................................................................................................................................................

b) ...........................................................................................................................................................

***\*niepotrzebne skreślić***

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo - cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 1 Grupa A** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Hyoscini butylbromidum 20mg / 1 ml, roztwór do wstrzykiwań | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fenpiverini bromidum + Metamizolum natricum+ Pitofenoni hydrochloridum 0,02mg + 500mg + 2 mg/ml, roztwór do wstrzykiwań, amp. 5 ml | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Acidum ursodeoxycholicum 250 mg, tabl. | szt | 10 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Dinatrii phosphas dodecahydricus + Natrii dihydrogenophosphas monohydricus 32,2 mg + 139 mg / ml, Roztwór doodbytniczy, butelka 150 ml | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Carbo medicinalis 200 mg, tabl | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Racecadotrilum, 10 mg, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej | szt | 960 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Racecadotrilum, 30 mg, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej | szt | 1 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Thiamini hydrochloridum + Pyridoxini hydrochloridum + Cyanocobalaminum 50 mg + 50 mg + 0,5 mg, rozwtór do wstrzykiwań, Amp. 2 ml | szt | 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Thiamini hydrochloridum 50 mg / ml, roztwór do wstrzykiwań | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Koncentrat do sporz. roztworu doustnego zawierający siarczan sodu, siarczan magnezu, siarczan potasu w dawkach 17,510 g + 3,276 g + 3,130 g, opakowanie 2 butelki po 176ml. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa *(suma poszczególnych pozycji)* >>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo - cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 2 Grupa B i C** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Phytomenadionum 10 mg/ 1ml, Roztwór do wstrzykiwań | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ferri hydroxidum dextranum, 100 mg Fe3+/2ml, Roztwór do wstrzykiwań | szt | 6 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Cyanocobalaminum, 500 mcg/ml, Roztwór do wstrzykiwań, Amp. 2 ml | szt | 250 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Lidocaini hydrochloridum 10 mg/ml (1%), Roztwór do wstrzykiwań, op. 5 fiol. 20 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Lidocaini hydrochloridum, 20 mg/ml (2%), Roztwór do wstrzykiwań, op. 5 fiol. 20 ml | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Heparinum natricum, 8,5 mg/g, żel, Tuba 50 g | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Propafenoni hydrochloridum, 150mg, tabl | szt | 1 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Dobutamini hydrochloridum, 250 mg, Proszek do sporządzania roztworu do infuzji | szt | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Trimetazidini dihydrochloridum, 35mg, tabl. o przedł. Uwalnianiu | szt | 1 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Metoprololi tartras, 5 mg/ 5ml, roztwór do wstrzykiwań | szt | 1 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 3 Grupa H** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* |
| 1 | Oxytocinum, 5 IU/ml, Roztwór do wstrzykiwań i infuzji, Amp 1 ml | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Somatostatinum, 3 mg, Proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | szt | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas, (6,43 mg + 2,63 mg)/ml. Zawiesina do wstrzykiwań. | szt | 3 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Glucagoni hydrochloridum, 1 mg, Proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | szt | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Hydrocortisonum 25mg, proszek i rozpuszczalnik do sporz. r-ru do wstrzyk. lub infuzji, 5 fiol. + 5 amp. | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 4 Grupa J** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Tigecyclinum, 50 mg, Proszek do sporządzania roztworu do infuzji | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ampicillinum, 500 mg, Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ampicillinum, 2000 mg, Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Amoxicillinum, 500 mg/5 ml, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej. Butelka 60 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Cloxacillinum, 500 mg, tabl | szt | 320 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Cloxacillinum, 2000 mg, Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Cefuroximum, 125 mg/5 ml, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, butelka 50 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Cefuroximum, 250 mg/5 ml, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, butelka 50 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Clindamycinum, 300 mg/ 2 ml,Roztwór do wstrzykiwań i infuzji | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Gentamicinum, 240mg/80 ml, Roztwór do infuzji | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Amikacinum, 1g/2ml, Roztwór do wstrzykiwań i infuzji | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Amikacinum, 250mg/2ml, Roztwór do wstrzykiwań i infuzji | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Lincomycinum, 600mg/2 ml, Roztwór do wstrzykiwań i infuzji | szt | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Aciclovirum , 200 mg/5 ml, Zawiesina doustna, 1 but. 150 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Nystatinum, 500 000 j.m., tabl. dojelitowe | szt | 320 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Oseltamivirum, 30 mg, kaps | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo - cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 5 Grupa H** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowane** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum,2,5g/50ml Roztwór do infuzji | szt | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum,5 g/100ml Roztwór do infuzji | szt | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 6 Grupa M i N** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Rocuronii bromidum, 50mg/5 ml, Roztwór do wstrzykiwań | szt | 2 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fentanylum, 25 mcg/h, system transdermalny | szt | 3 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Fentanylum, 50 mcg/h, system transdermalny | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Bupivacaini hydrochloridum, 50mg/10ml, Roztwór do wstrzykiwań | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Bupivacaini hydrochloridum, 20mg/4ml, Roztwór do wstrzykiwań (Spinal heavy 0.5%) | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Lidocaini hydrochloridum 1000mg/50 ml (2%), Roztwór do wstrzykiwań | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Oxycodoni hydrochloridum 20mg/ 2 ml, Roztwór do wstrzykiwań lub infuzji | szt | 1 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Lamotriginum, 50 mg, tabl | szt | 750 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Lamotriginum, 100 mg, tabl | szt | 750 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Levetiracetamum, 500 mg, tabl | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Biperideni hydrochloridum, 5mg/1ml, roztwór do wstrzykiwań | szt | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Quetiapinum 25 mg, tabl | szt | 6 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Quetiapinum 50mg, Tabletki o przedłużonym uwalnianiu | szt | 1 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Sulpiridum, 200 mg, tabl. | szt | 750 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Tiapridum 100mg, tabl | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Risperidonum, 1 mg/ml, roztwór doustny, op. 100 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Clomethiazolum, 300 mg, kaps | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Moclobemidum 150mg, tabl | szt | 900 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Mirtazapinum 30 mg, Tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Venlafaxinum 37,5 mg, Kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde | szt | 2 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Galantaminum 5mg/1 ml, Roztwór do wstrzykiwań | szt | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 7 Grupa S i R** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Fenoteroli hydrobromidum, 100 mcg/dawkę inh, Aerozol inhalacyjny, roztwór, 1 poj. 200 dawek | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum, 500 mcg + 50 mcg)/dawkę inh., Proszek do inhalacji, 1 inhalator 60 dawek | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Levodropropizinum, 60 mg/10 ml, 1 but. 120 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Diclofenacum natricum, 1 mg/ml, Krople do oczu, roztwór | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Gentamicini sulfas + Dexamethasonum, (5 mg + 1 mg)/ml, Krople do oczu, roztwór | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Gentamicini sulfas + Dexamethasonum, (5 mg + 0,3 mg)/g, Maść do oczu | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Latanoprostum, 0,05 mg/ml, Krople do oczu, roztwór, 1 butelka 2,5 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Oxymetazolini hydrochloridum, 0,1 mg/ml, Krople do nosa, roztwór, 1 poj. 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Bromhexini hydrochloridum, 2 mg/5 ml, syrop, 1 butelka 120 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Ambroxoli hydrochloridum, 15 mg/5 ml, syrop, 1 butelka 100 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu. W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 8 Radiologiczne środki kontrastowe** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Iohexolum, 755 mg/ml (350 mg jodu/ml). Roztwór do wstrzykiwań. Op 10 butelek 50 ml. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu.W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 9 Reagila** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Cariprazinum, 1,5mg, kapsułki, 28szt. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Cariprazinum, 3 mg, kapsułki, 28szt. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Cariprazinum, 4,5 mg, kapsułki, 28szt. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu.W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 10 Latuda** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Lurasidonum, 37 mg, tabl | szt | 1 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Lurasidonum, 74 mg, tabl | szt | 1 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu.W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 11 Grupa A1** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Dapagliflozinum, 10 mg, tabl | szt | 560 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu.W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

***Formularz asortymentowo – cenowy***

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 12 Klej do tkanek** | | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa** | **Jedn.** | **Ilość zamawiana** | **Nazwa handlowa dawka i postać kod EAN** | **Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy** | **Cena netto za opakowanie** | **VAT %** | **Cena brutto za opakowanie** | **Wartość netto**  ***( ilość z kolumny 6 x kolumna 7)*** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto *(kolumna 10 +kolumna 11)*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1 | Fibrinogenum humanum + Trombinum humanum, (5,5 mg + 2 j.m.)/cm2, Matryca z klejem do tkanek, rozmiar: 3 cm x 2,5 cm | szt | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** *(suma poszczególnych pozycji)* **>>** | | | | | | | | |  |  |  |

**Uwaga!**

W kolumnie nr 6 „Ilość opakowań Wykonawcy i wielkość opakowania Wykonawcy” należy podać wielkość opakowania wykonawcy (ilość sztuk w opakowaniu.) i ilość zaoferowanych przez Wykonawcę opakowań, po odpowiednim przeliczeniu.W przypadku gdy ilość zamawiana (kolumna nr 4) nie jest podzielna przez wielkość opakowania Wykonawcy (wskazaną w kolumnie nr 6) należy ilość opakowań Wykonawcy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. W przypadkach, gdy wykonawca zaoferuje ilość przedmiotu zamówienia z dokładnością do ułamkowej części opakowania, co będzie konieczne ze względu na sposób pakowania oferowanego przedmiotu zamówienia, obowiązująca przy realizacji umowy będzie liczba opakowań zaokrąglona „w dół” do całkowitej ich liczby. Zamawiający nie będzie wymagał rozkompletowania opakowania i realizacji niepełnego opakowania

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 4 do SWZ** Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

*(składane wraz z ofertą w postępowaniu)*

**[[1]](#footnote-1)**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5k rozporządzenia** **Rady UE 833/2014 oraz art. 7 ust 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę produktów leczniczych.**

Oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie:

1. 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. 2022 poz. 835), gdyż nie figuruję we wskazanych w przepisach listach i rejestrach,
2. art. 5k rozporządzenia Rady UE 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady UE 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r., gdyż nie jestem:
3. obywatelem rosyjskim, osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą   
   w Rosji;
4. osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
5. osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego punktu

oraz że żaden z podwykonawców, dostawców i podmiotów, na których zdolnościach polegam, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia, nie należy do żadnej z powyższych kategorii podmiotów.

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.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 5 do SWZ** Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dotyczące przynależności lub braku przynależności  
do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5**

**Prawa zamówień publicznych**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę produktów leczniczych.**

Oświadczam, że:

1. **NIE NALEŻĘ** z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP\*
2. **NALEŻĘ** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z następującymi Wykonawcami\*:
   1. ……………………………………..
   2. ……………………………………..

2a. W załączeniu Wykonawca przekazuje dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*\*.

\*\**(jeżeli dotyczy)*

*\*niepotrzebne skreślić*

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 6 do SWZ** Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o których mowa w art. 125 ust. 1 Prawa zamówień publicznych**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę produktów leczniczych.**

Oświadczam, że informacje zawarte w Jednolitym Europejskim Dokumencie Zamówienia (JEDZ), o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy, dotyczących wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących prawomocnego orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenia konkurencji, wynikającego z wcześniejszego zaangażowania Wykonawcy lub podmiotu który należy z Wykonawcą do tej samej grupy kapitałowej w przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia,

*są nadal aktualne.*

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 7 do SWZ** Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca/ Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie**

składane na podstawie 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. z 2022r. poz. 835). na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę produktów leczniczych.**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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. z 2022 poz. 835).

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 8 do SWZ** Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca/ Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie**

składane na mocy art. 1 pkt 23 rozporządzenia 2022/576 do rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1) w związku z dodaniem art. 5k. na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę produktów leczniczych.**

Oświadczam, że nie jestem:

1. obywatelem rosyjskim, osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji;

2. osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

3.osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem:

a. obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji lub

b. osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, oraz że żaden z podwykonawców, dostawców i podmiotów, na których zdolnościach polegam, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia, nie należy do żadnej z powyższych kategorii podmiotów.

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

**Załącznik nr 9 do SWZ** Znak sprawy: **DZA.381.1.2023**

**Wykonawca/ Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie**

Oświadczamy, że oferowane produkty lecznicze posiadają pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. z 2021 poz. 974 z późn. zm.),

**Jednocześnie zobowiązujemy się, że na każde żądanie Zamawiającego udostępnimy niezwłocznie wszystkie dokumenty oraz w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie zarówno w trakcie trwania postępowania jak i po jego zakończeniu.**

.......................................... dnia ..................................

/miejscowość/ /data/

1. [↑](#footnote-ref-1)