***Załącznik nr 2***

................................................. ,

*(pieczęć Dostawcy)*

**Formularz Ofertowy (wzór)**

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:.....................................................................................................................

Nr identyfikacyjny hurtowni farmaceutycznej CRHF:…………………………….………………………………………...

TELEFON: ..........................................................; FAX: ...............................................................................

REGON: ............................................................., NIP: .................................................................................

INTERNET: http: ................................................; e-mail: ...........................................................................

Nr faksu oraz adres e-mail do składania zamówień:…………………………….…………………………………………..

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:…………………………………………………………………………….……..

*(imię nazwisko, tel. kontaktowy)*

Osoba upoważniona do zawarcia umowy:……………………………………………………………………………….……..

*(imię nazwisko, zajmowane stanowisko)*

***Oferta cenowa (w PLN),*** znak: ZP.26.1.33.2020

Pakiet nr ……….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa asortymentu | j. m | Ilość | Cena jed. netto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Nazwa Producenta/nazwa handlowa | Kod EAN  *dotyczy produktów leczniczych* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| itd |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | |  | X |  |  | X | X |

\*Tabelę należy powtórzyć dla każdego oferowanego pakietu

1. Wartość oferty netto: ...................... zł, brutto ................................. zł (słownie brutto:............................... …/100.), w tym dla:

* 1. Pakietu nr …… ……………. zł netto, …………. zł brutto itd.

1. Termin dostawy:max 72 godz. od daty złożenia zamówienia, na cito 24 godziny.
2. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
3. Zobowiązuję/ emy się, do dostarczenia wraz z pierwszą dostawą nr dopuszczenia oraz ulotek w języku polskim; w przypadku dostawy leków za specjalną zgodą Ministra Zdrowia o czasowym dopuszczeniu do obrotu – dokumenty można wysłać na adres e-mail Apteki Szpitalnej apteka@zzozwadowice.pl
4. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z przedmiotem zamówienia określonym   
   w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
5. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym.
6. Oświadczam/y, że dostarczę/my Zamawiającemu fakturę w dwóch egzemplarzach, tj. oryginał i kopia, a także w formie elektronicznej (adres poczty elektronicznej apteka@zzozwadowice.pl) w standardzie „DATAFARM” lub „MALICKI”, specyfikację do faktury, NIP Dostawcy, NIP odbiorcy, nazwę towaru, ilość sprzedaną, cenę netto, % VAT, symbol SWW, serię, datę ważności (w sytuacji, gdy obowiązujące przepisy stawiają wymóg określenia daty ważności), – jeśli dotyczy.
7. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
8. Oświadczam, że wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszystkich czynników określonych w zapytaniu ofertowym oraz w projekcie umowy będącym załącznikiem nr 4.
9. Oświadczam/y że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone   
   w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
10. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:

12.1 …………………………………………………..

12.2 ………………………………………………….

1. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie zamówienia podwykonawcom …………………………………………………….. *(podać nazwę firmy podwykonawcy)* *……………………………………….(podać zakres powierzonych prac) ………………………………………….. (podać wartość powierzanych prac (brutto)) ………………………………………………………………………(podać % udział (brutto) w cenie oferty)*
2. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:

14.1 …………………………………………………..

14.2 …………………………………………………..

1. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.
2. Oświadczam/y, że wypełniłem/niliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (*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 treści oświadczenia wykonawca nie składa* *(usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

................................................. , …………………………………………………………………………

*(miejscowość, data)* data i podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do

reprezentowania Wykonawcy

*\*niepotrzebne skreślić*