Miejscowość ………………. dnia ……………….

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy …………………………………………................................…………………………………

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON ……………………………….............. NIP …………………………......................……………

Tel. ………………………………..............…

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym ……………………………………………

Tel ………………… e-mail **……………………………………………………………………………..**

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W odpowiedzi na zaproszenie do negocjacji na dostawę leku Peginterferonum alfa-2a oferuję wykonanie zamówienia za cenę:

**bez podatku VAT …………………… zł**

**z podatkiem VAT ………………… zł w tym VAT 8%**

**słownie: *………………………………………………………………………..***

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy**,** że należymy do grupy **małych / średnich przedsiębiorstw / dużych przedsiębiorstw (***niepotrzebne skreślić)*
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu / podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.108 ust.1 **(***niepotrzebne skreślić)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2022 roku

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 1 do Zaproszenia**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **międzynarodowa** | **Postać** | **Dawka** | **Zamawiana**  **Ilość sztuk amp-strz** | **Oferowana ilość szt. amp-strz** | **Cena**  **jedn.netto za 1 szt. amp - strz** | **VAT%** | **Wartość**  **netto** | **Wartość**  **brutto** | **Nazwa handlowa i wielkość oferowanego opakowania dawka, postać, producent, kod EAN,** |
| 1 | Peginterferonum alfa – 2a | Roztwór do wstrz. amp-strzyk. **0,5ml** | 180 mcg/ml | 4320 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Peginterferonum alfa – 2a | Roztwór do wstrz. amp-strzyk. **0,5ml** | 270 mcg/ml | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Peginterferonum alfa – 2a | Roztwór do wstrz. amp-strzyk. **0,5ml** | 360 mcg/ml | 360 |  |  |  |  |  |  |
|  | SUMA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga:**

1. aby produkt leczniczy znajdował się w części C listy leków refundowanych

2. aby cena brutto leku nie przekraczała dotyczącej tego leków najniższej wysokości limitu finansowania przedstawionej na liście leków refundowanych w dniu otwarcia ofert

3. aby leki były produkowane przez tego samego producenta

4. **W przypadku zaoferowania preparatu termolabilnego wykonawca zobowiązany jest przy każdej dostawie dostarczyć rejestrator temperatury z wyświetlaczem umożliwiającym odczyt temperatury każdego opakowania w chwili odbioru przez zamawiającego lub załącza/przesyła drogą elektroniczną wydruk z rejestratora temperatury jako potwierdzenie prawidłowych warunków transportu.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PODPIS WYKONAWCY