	<p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu<sup>A</sup></b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>          tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a>          Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawy produktów farmaceutycznych - uzupełnienie</p>	Nr sprawy: ZP/11/2022
--	--	--------------------------

**Załącznik nr 1 do SWZ**

## OFERTA

### ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: <b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II</b>	
Adres: <b>82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35</b>	
NIP: 578-310-44-67	REGON: 281098840

### 1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA


Nazwa: <b>Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.</b>			
NIP: <b>5222665719</b>		REGON: <b>015296339</b>	
Adres:			
Miejscowość: <b>Warszawa</b>		Kod pocztowy: <b>02-135</b>	Województwo: <b>mazowieckie</b>
e-mail: <b>przetargi.janssen@its.jnj.com</b>			Tel: <b>22-237-60-00</b>
Adres do korespondencji: j.w.			
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		<div><input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *</div> <div><input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *</div> <div><input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *</div> <div><input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *</div> <div><input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> INNY RODZAJ *</div>	

### 2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

*(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)*

Nazwa:			
NIP:		REGON:	
Adres:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	Województwo:
e-mail:			Tel:
Adres do korespondencji:			
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:		<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO *	
<i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>		<input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO *	
		<input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO *	
		<input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA *	
		<input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ *	
		<input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

- \* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
- \* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
- \* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
- \* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
- \* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.

	<p align="center"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu<sup>A</sup></b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>          tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a>          Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawy produktów farmaceutycznych - uzupełnienie</p>	Nr sprawy: ZP/11/2022

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/11/2022 na dostawy produktów farmaceutycznych - uzupełnienie**, składamy ofertę:

**Pakiet nr 9 – (powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena bez VAT** ...17400,00..... zł. słownie : .... **siedemnaście tysięcy czterysta złotych 00/100**.....

**Cena z VAT** .....18792,00.....zł. słownie : ..... **osiemnaście tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt dwa złote 00/100**.....

W tym należny podatek VAT .....1392,00..... zł.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy
	Nie dotyczy	

- Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
- Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty (*zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”*):

- ☒ **Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- ☐ Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Świadczenia(nazwa, rodzaj) będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.).


- Oświadczamy, że zaoferowane produkty są:
 

☒ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne** (t.j. Dz.U.2021 poz. 1977 z późn. zm.) w zakresie (*podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy*): .....

☐ dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 20 maja 2010 r.o wyrobach medycznych** (t.j. Dz.U.2021 poz. 1565 z późn. zm.) w zakresie (*podać nr części i pozycje – jeżeli dotyczy*): .....

☐ dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów w zakresie (*podać nr części i pozycje*): .....

- Zastrzeżenie Wykonawcy:

	<p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu<sup>A</sup></b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>  tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag</a> <a href="http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a>  Postępowanie w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na dostawy produktów farmaceutycznych -  uzupełnienie</p>	<p>Nr sprawy:  ZP/11/2022</p>
--	--	-----------------------------------

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....nie dotyczy.....

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2</sup>
8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan ..... Margerita Gorczyńska / Michał Folwarski  
telefon kontaktowy **(22) 237 83 94 / (22) 237 60 65**.....
9. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan .....  
Margerita Gorczyńska - Senior Commercial and Public Procurement Advisor – pełnomocnik lub  
Michał Folwarski - Specjalista ds. Zamówień Publicznych - pełnomocnik..... (wpisać nazwisko,  
funkcję)
10. **Adres e-mail, na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia:**  
numer faksu: 22-237-83-68 adres e-mail: **janssencs@its.jnj.com**

Warszawa

....., dnia .....

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e  
do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o  
udzielenie zamówienia

<sup>1</sup>rozporządzenie 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).

<sup>2</sup>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).