

Formularz oferty

Nazwa Wykonawcy:

Forma prowadzonej działalności:

Wykonawca jest¹:Mikroprzedsiębiorstwem Jednoosobową działalnością gospodarczą Małym przedsiębiorstwem Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej Średnim Innym rodzajem
przedsiębiorstwem

Uwaga: Ww. informacja jest niezbędna Zamawiającemu do wypełnienia Informacji o złożonych ofertach i wnioskach do Prezesa UZP, która będzie wysłana na Platformie e-Zamówienia (należy wybrać jedną z opcji).

Adres:

.....

Powiat: Województwo:

Tel.: Faks:

E-mail:

NIP:

REGON:

Do (nazwa i adres Zamawiającego): Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku, ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik

¹ Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem są sukcesywne dostawy leków dla potrzeb Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku (DZp.380.3.29.2024.LAp.334), oferuję/emy realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z zasadami określonymi w SWZ:

Część 1 - Receptura

| | |
|--------------------------|--|
| Cena netto liczbą [PLN] | |
| Cena brutto liczbą [PLN] | |
| Stawka VAT [%] | |

Część 2 - Preparaty przeciw przeziębieniom i przeciwkaszlowe

| | |
|--------------------------|--|
| Cena netto liczbą [PLN] | |
| Cena brutto liczbą [PLN] | |
| Stawka VAT [%] | |

Część 3 - Insuliny

| | |
|--------------------------|--|
| Cena netto liczbą [PLN] | |
| Cena brutto liczbą [PLN] | |
| Stawka VAT [%] | |

1. Oświadczam/y, składając ofertę, zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję/emy, że wybór oferty²:

- 1) nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,
- 2) będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć - w następującym zakresie:

Uwaga: Brak wskazania powyższej informacji w treści Formularza oferty (Załącznika nr 1 do SWZ) będzie jednoznaczny z brakiem powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

2. Termin dostawy: do 2 dni roboczych od momentu otrzymania przez Wykonawcę zamówienia, od poniedziałku do piątku (za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy), w godz. od 8:00 do 13:00. Przewidywana częstotliwość dostaw: 3 razy w tygodniu. Zamówienia w trybie „cito” będą realizowane w ciągu 12 godzin od przesłania zamówienia.
3. Termin ważności (przydatności do stosowania): nie krótszy niż 12 miesięcy, licząc od dnia dostawy do pomieszczeń magazynowych Apteki Szpitalnej.
4. Termin płatności: 60 dni, licząc od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej (pod względem merytorycznym i formalnym) faktury Zamawiającemu.
5. Termin realizacji umowy: Wykonawca jest zobowiązany wykonać zamówienie od dnia zawarcia umowy przez okres 12 miesięcy lub do czasu wykorzystania zakładanych ilości wynikających z Formularza asortymentowo - cenowego Wykonawcy (Załącznika nr 1 do umowy).

Jednocześnie oświadczam/y, że:

6. Akceptuję/emy zawarte w SWZ szczegółowe warunki postępowania i nie wnoszę/imy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am/liśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
7. Akceptuję/emy Projekt umowy (Załącznik nr 4 do SWZ) i w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do jej podpisania na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
8. Gwarantuję/emy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

² Należy odpowiednio zaznaczyć pkt 1 albo 2.

9. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/y, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).
10. Oświadczam/y, że powyższa/e cena/y brutto zawiera/ją wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru mojej/naszej oferty.
11. Zapewniam/y, że cena/y podana/e w ofercie nie ulegnie/ą zmianie przez cały okres trwania umowy, za wyjątkiem zmian przewidzianych w SWZ.
12. Oświadczam/y, że wypełniłem/am/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w postępowaniu.³
13. Oświadczam/y, że akceptuję/emy zasady korzystania z Platformy wskazane w instrukcjach korzystania z Platformy.
14. Osobą/ami uprawnioną/yami do kontaktowania się z Zamawiającym w sprawie realizacji postępowania jest/są:
telefon
15. Upoważnioną/yami do reprezentowania mojej/naszej firmy jest/są następująca/e osoba/y:
Imię i nazwisko:
17. Upoważnienie dla powyżej wskazanej/yh osoby/ób wynika z następującego/yh dokumentu/ów
....., które dołączam/y do oferty.
- 18 Załącznikami do oferty są:
 1.;
 -

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym
lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

³ 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).