

**„Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z
ograniczoną odpowiedzialnością
99-300 Kutno ul. Kościuszki 52**

Warszawa, dnia 13.12.2020 roku

**OFERTA
DOSTAWA LEKÓW ZP/12/21**

1. Spis treści
2. Formularz ofertowy
3. Formularz cenowy
4. Oświadczenie
5. Dane ofertowe
6. Pełnomocnictwo
7. Jedz

Z poważaniem,

**Monika Augustyniak
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Monika Augustyniak

Tel (22) 209 62 21, fax (22) 209 70 04, e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy¹:Lek S.A.....
 Siedziba Wykonawcy: 95-010 Stryków ul. Podlipie 16 woj.łódzkie.....
 REGON:471255608..... NIP:7281341936.....
 Wykonawca wpisany do Rejestru Rejestr Przedsiębiorców prowadzony przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi pod Nr0000061723.....
 Telefon kontaktowy222096221..... fax:222097004.....e-mail:
[.....monika.augustyniak@sandoz.com](mailto:monika.augustyniak@sandoz.com)
 Osoba/y, które będą podpisywać umowęAgnieszka Gałenka...- Pełnomocnik.....
 Osoba/osoby wpisane w dokumencie rejestracyjnym firmy uprawniona/ne do reprezentowania firmy:

Rodzaj Przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca*:

- Mikroprzedsiębiorstwo
- Małe Przedsiębiorstwo
- Średnie Przedsiębiorstwo
- Inne duże

Zamawiający: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o. o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno,
Nr postępowania: ZP/12/21

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „**Produkty farmaceutyczne**” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, w podziale na poszczególne Pakiety:

Pakiet Nr 13 - wartość netto: 376 639,10 zł, wartość brutto: 406 770,23 zł **
 Pakiet Nr 25- wartość netto: 14 200,00 zł, wartość brutto: 15 336,00 zł **

1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie **do ...2.... dni***** od złożenia danego zamówienia.
2. Wyrażamy zgodę na termin płatności:**60 dni..... dni (45 dni/60 dni)****** od dnia przedłożenia prawidłowej pod względem księgowym i finansowym faktury VAT w siedzibie Zamawiającego. Należność będzie wplacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy, który jest zgodny:
 - z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT*
 - z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników *
3. **OŚWIADCZAMY, że:**
 - 1) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania;
 - 2) wartość brutto oferty zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty;

* niepotrzebne skreślić.
 ** wypełnić tylko w zakresie składanej oferty.
 *** wpisać termin dostawy
 **** wpisać termin płatności

¹ w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

- 3) przedmiot zamówienia dostarczymy na swój koszt i ryzyko;
- 4) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
- 5) wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych (zamówienia publicznego);
- 6) zadeklarowane przez nas w ofercie jako przedmiot zamówienia produkty posiadają (i posiadać będą przez cały okres obowiązywania umowy z Zamawiającym) aktualne dopuszczenia do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z polskim prawem oraz prawem Unii Europejskiej, a także spełniają w pełni inne wymagania (normy, parametry), określone przez Zamawiającego w załączniku nr 2 do SWZ;
- 7) ~~zamierzamy~~ / nie zamierzamy* powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom*:

Lp.	Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez Podwykonawcę	Nazwa Podwykonawcy

- 8) zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostały zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 9) wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO² wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu³.

6. **OŚWIADCZAMY**, że wybór naszej oferty*:

nie będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106)

~~**będzie prowadzić** u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 106), wobec czego wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku:~~

Lp.	Nazwy (rodzaje) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie	Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym	Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą

* niepotrzebne skreślić

² 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).

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 (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

	będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego	Zamawiającego, bez kwoty podatku	Wykonawcy, będzie miała zastosowanie

7. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko	Monika Augustyniak
Adres	Domaniewska 50c, 02-672 Warszawa
Telefon	22 2096221
e-mail	monika.augustyniak@sadnoz.com

8. Oferta została złożona w4..... plikach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr do nr

9. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku nr pod nazwą stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2020 r., poz. 1913, tj. ze zm.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa znajduje się w pliku pn.

10. Załącznikami do oferty, stanowiącymi jej integralną część, są:

1. ...**Wykaz zał str 1**.....
2.

Załącznik Nr 2 do SWZ

Pakiet nr 13											
L.p.	Nazwa leku	Postać	Dawka	Ilość w opak.	Ilość op. na 24m-ce	Cena jedn. netto	VATw %	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa produktu	Kod EAN
1	ACETYLOCYSTEINA	amp	300 mg/3 ml	5	20	29,98	8%	599,60	647,57	Acetylcysteine Sandoz roztw.do inf.100mg/mlx5 amp/3 ml	5909990789313
2	AMOKSYCYLINUM +kwas klawulanowy	tabl	0,625 g	14	10	5,00	8%	50,00	54,00	Amoksiklav tabletki 625 mg x 14 szt.	5909990081912
3	AMOKSYCYLINUM +kwas klawulanowy	fiol	1,2	5	6500	26,00	8%	169 000,00	182 520,00	Amoksiklav fiol. 1,2 g x 5 szt.	5909990352913
4	AMOKSYCYLINUM +kwas klawulanowy	tabl	1g	14	800	4,70	8%	3 760,00	4 060,80	Amoksiklav tabletki 1000 mg x 14 szt.	5909990411115
5	AMOKSYCYLINA +KW.KLAWUL.	op. 140 ml proszek	457 mg/5 ml	1	20	10,00	8%	200,00	216,00	Amoksiklav zawiesina 457 mg / 5 ml - 140 ml	5909990894833
6	AZITROMYCYNA	100 mg/5ml	20 ml	1	20	13,00	8%	260,00	280,80	AzitroLek 100mg/5ml 20 ml	5909990635320
7	AZITROMYCYNA	200 mg/ 5 ml	20 ml	1	20	14,00	8%	280,00	302,40	Azitrolek 200 mg/5ml, 16,5g/20 ml	5909990635337
8	AZITROMYCYNA	tabl. powl.	0,5	3	300	6,00	8%	1 800,00	1 944,00	AzitroLek 500 tabl.powl 500 mg X 3	5909990573752
9	CEFAZOLIN	fiol.	1	10	100	50,00	8%	5 000,00	5 400,00	Cefazolin 1 g x 10	5909990434626
10	DICLOFENAC NATRIUM	amp	0,075/3ml	10	50	11,19	8%	559,50	604,26	Diclac amp. 75 mg/3ml x 10	5909990753024
11	DICLOFENAC NATRIUM	tabl.powl.	0,05	50	50	5,00	8%	250,00	270,00	Diclac 50 tabl. powl. 50 mg x 50	5909990716623
12	EDICIN	fiol. per os	0,5	1	500	19,00	8%	9 500,00	10 260,00	Edicin fiol. 500 mg x 1	5909990701018
13	EDICIN	fiol.per os	1	1	4000	28,00	8%	112 000,00	120 960,00	Edicin fiol.1000 mg x 1	5909990701117
14	KETONAL	amp i.v.	0.1g/2ml	10	900	10,80	8%	9 720,00	10 497,60	Ketonal amp. 100 mg / 2 ml x 10 szt.	5909990659524
15	KETONAL	caps	0.05g	20	300	2,60	8%	780,00	842,40	Ketonal Active 50mg x 20 caps.	5907626707939
16	KETONAL FORTE	tabl	0.1g	30	50	3,20	8%	160,00	172,80	Ketonal forte tbl. 100mg x 30 szt.	5909990046485
17	LEVOFLOKSACYNA	flak/ worek	500 mg	5	500	49,90	8%	24 950,00	26 946,00	Levofloxacin SDZ 5 mg/ml 5 worków x 100 ml	5909991264772
18	PIPERACYLINA + TAZOBACTAM	fiol.	4g/05g	10	80	155,00	8%	12 400,00	13 392,00	Piperacillin/Tazobactam SDZ 4G/0,5G x 10	5907626702415
19	PREGABALINA	kaps.	75 mg	56	10	5,00	8%	50,00	54,00	Pregabalin SDZ 75 mg x 56 kaps.twardych	5907626704822
20	PREGABALINA	kaps	150 mg	56	10	7,00	8%	70,00	75,60	Pregabalin SDZ 150 mg x 56 kaps.twardych	5907626705065

21	MIDAZOLAM	amp.	50 mg/5 ml	5	500	49,90	8%	24 950,00	26 946,00	Midazolam Sandoz 5 mg /ml, 10 ml x 5 amp	5909991041762
22	TULIP	tabl.powl.	20 mg	30	100	1,00	8%	100,00	108,00	Tulip 20 mg tabl.powl. x 30 szt.	5909990998913
23	TULIP	tabl.powl.	40 mg	30	200	1,00	8%	200,00	216,00	Tulip 40 mg tabl.powl. x 30 szt.	5909990810161
OGÓŁEM :								376 639,10	406 770,23		

Pakiet nr 25											
L.p.	Nazwa leku	Postać	Dawka	Ilość w opak.	Ilość op. na 24m-ce	Cena jedn. netto	VATw %	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa produktu	Kod EAN
1	VORICONAZOLE	fiol	200 mg	1	100	130,00	8%	13 000,00	14 040,00	Voriconazole SANDOZ 200 mg x 1 fiołka	5909991139643
2	VORICONAZOLE	tabl powlek.	200 mg	20	<u>8</u>	150,00	8%	1 200,00	1 296,00	Voriconazole SANDOZ tabl.powl.200 mg x <u>28 szt.</u>	5909991082192
OGÓŁEM:								14 200,00	15 336,00		

Nr postępowania: ZP/12/21

Wykonawca:Lek S.A. 95-010 Stryków ul. Podlipie 16 ...NIP 7281341936 /
0000061723

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

reprezentowany przez:Monika Augustyniak

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.: **Produkty farmaceutyczne**

oświadczam/(-my), co następuje:

Oferowany przez nas przedmiot zamówienia posiada aktualne świadectwa rejestracyjne lub posiada Decyzję Komisji Europejskiej o udzielenie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu oferowanego produktu na terenie Unii Europejskiej i zobowiązujemy się do ich przekazania na każde żądanie Zamawiającego.

Szanowni Państwo,

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Dane teleadresowe Wykonawcy

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy

Monika Augustyniak – Starszy Specjalista ds. Przetargów

Tel (22) 209 6221

fax (22) 209 7004

e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com

Składanie zamówień

Magdalena Baldys, Mirosław Tomaszewski

Tel. (22) 209-60-52,

Fax. (22) 209-70-07, (22) 209-70-08

e-mail: zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

Reklamacje

Małgorzata Kołodziejczyk

Tel. (42) 295 6348

Fax. (42) 295 7191

e-mail: malgorzata.kolodziejczyk@sandoz.com

~~W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby~~ **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia.** Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.