

PN 34/24- DOSTAWA IMMUNOGLOBULIN I INNYCH PREPARATÓW STOSOWANYCH W PROGRAMACH LEKOWYCH

Załącznik nr 2 do SWZ

FORMULARZ OFERTY

I. DANE WYKONAWCY:

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY:

ADRES WYKONAWCY:

WOJEWÓDZTWO:

REGON: NIP:

BANK I NUMER KONTA

.....

TEL. FAX: MAIL:

OSOBA DO KONTAKTU (TEL.; MAIL)

UWAGA - W WYPADKU, GDY WYKONAWCĄ JEST OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W OFERCIE NALEŻY PODAĆ ADRES ZAMIESZKANIA I PESEL NA ODRĘBNYM DOKUMENCIE (DOKUMENT TEN NIE BĘDZIE UDOSTĘPNIANY INNYM WYKONAWCOM).

Wykonawca jest mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorcą* -->* **proszę właściwie zakreślić**

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym nr PN 74/24- - Dostawa immunoglobuliny ludzkiej do podaży podskórnej - uzupełnienie warunkami określonymi w SWZ, oferujemy wykonanie przedmiotu¹ zamówienia:

- 1) **Zadania/zadań nr** ² zgodnie z „Formularzem asortymentowo -cenowym” i w cenach określonych w załączniku nr 1 do SWZ oraz „ Warunkami umowy” załącznik nr 5 do SWZ.

1. Oferowana cena brutto obejmuje:

- cenę netto oferowanego produktu,
- koszty ubezpieczenia,

1 Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku

2 Proszę powtórzyć odpowiednią ilość razy stosownie do oferowanego przedmiotu zamówienia

* 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).

PN 34/24- DOSTAWA IMMUNOGLOBULIN I INNYCH PREPARATÓW STOSOWANYCH W PROGRAMACH LEKOWYCH

- cło i opłaty graniczne,
- koszty dostawy (loco Apteka Zamawiającego),
- podatek VAT.

oraz wszelkie inne koszty niewymienione wyżej, a konieczne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia.

2. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA i TERMIN DOSTAWY:**

1. Termin realizacji przedmiotowego zamówienia: 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.
2. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie **maksymalnie 2 dni robocze** od daty złożenia zamówienia.

3. **WARUNKI GWARANCJI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:**

Oferujemy minimum (**minimum 12 miesięczny**) miesięczny termin ważności przedmiotu zamówienia od momentu dostawy do siedziby Zamawiającego.

4. **WARUNKI PŁATNOŚCI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:**

1. Należność za realizację w/w przedmiotu zamówienia, nastąpi w PLN przelewem na konto Wykonawcy, za faktycznie wykonaną dostawę wg oferowanych cen jednostkowych zawartych w FORMULARZU ASORTYMENTOWO-CENOWYM w terminie 30 dni od dnia prawidłowo wystawionej otrzymania faktury.
2. Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca.

5. **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Wszystkie załączniki do oferty stanowią integralną część oferty.
3. Akceptujemy wskazany w SWZ czas związania ofertą – tj. 90 dni. Bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz upływem terminu składania ofert.
4. Powierzmy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:*
- 4.1. (część zamówienia) - (firma podwykonawcy).
- 4.2. (część zamówienia) - (firma podwykonawcy).
- 4.3. (część zamówienia) - (firma podwykonawcy).

* 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).

PN 34/24- DOSTAWA IMMUNOGLOBULIN I INNYCH PREPARATÓW STOSOWANYCH W PROGRAMACH LEKOWYCH

* (*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców albo wykreślić lub pozostawić bez wypełnienia, jeśli nie dotyczy).

5. Akceptujemy zawarty w SWZ wzór umowy (Załącznik nr 5 do SWZ) i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.**
7. Oświadczam, że wypełniłem 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.*
8. Działając w imieniu i z upoważnienia ZARZĄDU FIRMY

..... ,

oświadczam na podstawie art. 225 ustawy PZP, iż wybór Wykonawcy **nie będzie/będzie*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

*** niepotrzebne skreślić**

9. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

*(Data, pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do podejmowania
zobowiązań)*

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty- załączniki:

Załącznik Nr 1-.....
Załącznik Nr 2-.....
Załącznik Nr ...-

* 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).