

**WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY
im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku
ul. Srebrniki 17
80-282 Gdańsk**

Warszawa, dnia 15.11.2021 roku

**OFERTA W PREZTARGU NIEOGRANICZONYM
SPRAWA Adm 9/2021**

1. Spis treści
2. Formularz ofertowy
3. Formularz cenowy
4. Dane teleadresowe
5. Pełnomocnictwo
6. JEDZ

Z poważaniem,

**Monika Augustyniak
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:
Monika Augustyniak
Tel (22) 209 62 21, fax (22) 209 07 04, e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com
Adres do korespondencji:
Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

FORMULARZ OFERTY
W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA KLASYCZNEGO
O WARTOŚCI RÓWNEJ LUB PRZEKRACZAJĄCEJ PROGI UNIJNE
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO

Przedmiot zamówienia:
Dostawa leków – znak sprawy Adm 9/2021

Dane dotyczące Zamawiającego:

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku
ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk
tel. (58) 52-47-500; faks: (58) 52-47-520
NIP: 957-07-28-045, REGON: 000293462

Dane dotyczące Wykonawcy:

Ofertę składam samodzielnie

Nazwa:Lek S.A.....
Siedziba:95-010 Stryków ul.Podlipie 16
Nr tel/faks, e-mail222096221/222097004 monika.augustyniak@sadnoz.com.....
nr NIP:7281341936.....
nr REGON:471255608.....

Ofertę składam w imieniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

Nazwy i siedziby wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia /jeżeli dotyczy/

Lider: Nazwa Adres
Partnerzy: Nazwa Adres
Nazwa Adres

Ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i/lub zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, w przypadku składania oferty wspólnej przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze jest:

Stanowisko: imię i nazwisko
tel. kontaktowy faks

Osoba uprawniona do kontaktów z ZamawiającymMonika Augustyniak
telefon.....222096221..... e-mail monika.augustyniak@sadnoz.com.

Wykonawca jest mikro, małym lub średnim przedsiębiorcą: ~~TAK~~/ NIE (niepotrzebne skreślić)

1. Zobowiązania Wykonawcy:

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia **dostawę leków - znak sprawy Adm 9/2021** określony w SWZ w zakresie poniższego pakietu, za kwotę:

Pakiet 25

wartość netto wartość VAT wartość brutto
... 33 420,60..... PLN netto + .. 2 673,65.... PLN Vat = ... 36 094,25..... PLN
słownie brutto trzydzieści sześć tys. dziewięćdziesiąt cztery 25/100 zł;

2. Zobowiązuję się wykonać przedmiotowe zamówienie w terminach wskazanych przez Zamawiającego w SWZ.
3. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
4. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą od terminu składania ofert do dnia określonego w SWZ.
5. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty i składniki niezbędne do zrealizowania zamówienia i Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów.
6. Oświadczam, że uzyskałem wszelkie niezbędne informacje konieczne do sporządzenia oferty.
7. Akceptuję warunki określone przez Zamawiającego w SWZ i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
8. W przypadku wyboru naszej oferty **zobowiązuję się do** podpisania umowy o udzielenie zamówienia publicznego w **akceptowanym przez nas Projekcie umowy** w terminie określonym przez Zamawiającego, nie później jednak niż przed upływem terminu związania ofertą.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
10. Jednocześnie zobowiązuje się wypełnić obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 lub 14 RODO w stosunku do osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu realizacji umowy, po jej zawarciu.
11. Następujące części zamówienia zamierzamy powierzyć Podwykonawcom*:

L.p.	Nazwa części zamówienia (zakres prac powierzony Podwykonawcy)
1.	

** w przypadku nie wypełnienia punktu 11) dotyczącego Podwykonawców Zamawiający uzna, że Wykonawca będzie wykonywał całość zamówienia publicznego osobiście*

12. Powołuję/emy się na zasoby innych podmiotów na zasadach określonych w art.118 ustawy Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 112 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy Pzp (podać nazwę podmiotu):

L.p.	Nazwa (firma) Podwykonawcy
1.	

** w przypadku nie wypełnienia punktu 12) dotyczącego powoływania się na zasoby innych podmiotów Zamawiający uzna, że Wykonawca sam spełnia warunki udziału w postępowaniu*

13. Zastrzeżenie Wykonawcy

Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych zastrzegam w ofercie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1913 ze zm.).

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

.....

Warszawa dnia 15.11.2021

Miejscowość, data

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Pakiet 25 - LEKI RÓŻNE A

L.P.	NAZWA	KOD CPV	ILOŚĆ	CENA NETTO	PODATEK VAT %	CENA BRUTTO	WARTOŚĆ NETTO ZA PODANĄ ILOŚĆ	WARTOŚĆ VAT ZA PODANĄ ILOŚĆ	WARTOŚĆ BRUTTO ZA PODANĄ ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA
1	Amoksycylina 500 mg x 16 tabletek lub kapsulek	33651100-9	60	4,80	8%	5,18	288,00	23,04	311,04	Ospamox 500 mg tabl. powl.x 16 szt.
2	Amoksycylina 1000 mg x 16 tabletek lub kapsulek	33651100-9	80	5,00	8%	5,40	400,00	32,00	432,00	Ospamox 1000 mg tabl.powl.x 16 szt.
3	Amoksycylina 250mg/5ml gran.100ml	33651100-9	17	5,00	8%	5,40	85,00	6,80	91,80	Ospamox 250mg/5ml prosz.do zaw.6,6g/60ml
4	Amoksycylina 500mg + kwas klawulanowy 125mg x 14 tabl.	33651100-9	140	4,00	8%	4,32	560,00	44,80	604,80	Amoksiklav tabletki 625 mg x 14 szt.
5	Amoksycylina 875mg + kwas klawulanowy 125mg x 14 tabl.	33651100-9	1000	4,00	8%	4,32	4 000,00	320,00	4 320,00	Amoksiklav tabletki 1000 mg x 14 szt.
6	Amoksycylina + kwas klawulanowy proszek do sporządzania zawiesiny doustnej 457mg/5ml 70ml	33651100-9	30	8,00	8%	8,64	240,00	19,20	259,20	Amoksiklav zawiesina 457 mg / 5 ml - 70 ml
7	Amoksycylina 1g + kwas klawulanowy 0.2 g x 1 fiol.	33651100-9	2200	4,80	8%	5,18	10 560,00	844,80	11 404,80	Amoksiklav fiol. 1,2 g x 5 szt.
8	Klarytromycyna 500 mg x 14 tabl.	33651100-9	100	15,00	8%	16,20	1 500,00	120,00	1 620,00	Lekoklar Forte 500 mg tabl. powl. x 14
9	Klindamycyna 300 mg x 16 kaps.	33651100-9	300	10,80	8%	11,66	3 240,00	259,20	3 499,20	Klimicin kapsułki 300 mg x 16 szt.
10	VANCOMYCINUM 1000mg x 1 fiolka (proszek do sporządzania roztworu do infuzji i roztworu do podania doustnego)	33651100-9	200	20,00	8%	21,60	4 000,00	320,00	4 320,00	Edicin fiol.1000 mg x 1
11	Ketoprofen 50 mg x 30 kaps.	33632100-0	1200	1,00	8%	1,08	1 200,00	96,00	1 296,00	Ketonal Active 50mg x 10 caps.
12	Ketoprofen forte 100 mg x 30 tabl.	33632100-0	400	2,50	8%	2,70	1 000,00	80,00	1 080,00	Ketonal forte tbl. 100mg x 30 szt.
13	Ketoprofen inj.i.v.;i.m. 100 mg/2 ml x 10 amp.	33632100-0	100	10,80	8%	11,66	1 080,00	86,40	1 166,40	Ketonal amp. 50 mg / 1 ml x 10 szt. po 2 ml
14	Diclofenac 50 mg x 50 tabl.	33632100-0	140	5,00	8%	5,40	700,00	56,00	756,00	Diclac 50 tabl. powl. 50 mg x 50
15	Diclofenac 50 mg czopki x 10 szt.	33632100-0	60	1,60	8%	1,73	96,00	7,68	103,68	Diclac 50 czopki 50 mg x 10
16	Diclofenac 100 mg czopki x 10 szt.	33632100-0	100	2,00	8%	2,16	200,00	16,00	216,00	Diclac 100 czopki 100 mg x 10
17	Pantoprazol 20mg x 28 szt.	33611000-6	1100	2,00	8%	2,16	2 200,00	176,00	2 376,00	IPP 20 tabletki dojelitowe 20 mg x 56
18	Pantoprazol 40mg x 28szt.	33611000-6	300	4,00	8%	4,32	1 200,00	96,00	1 296,00	IPP 40 tabl. dojelitowe 40 mg x 56
19	Ramipryl 5mg x 28 tabletek PODZIELNYCH	33622800-4	840	0,80	8%	0,86	672,00	53,76	725,76	Piramil tabl. 5 mg x 30 szt.
20	Klopidogrel 75mg x 28 tabl.	33621100-0	40	4,99	8%	5,39	199,60	15,97	215,57	Plavocorin tabl. powl. 75 mg X 28
Razem:							33 420,60	2 673,65	36 094,25	

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.