

IZP.2411.49.2024.AJ

## Formularz oferty

do. postępowania pn. „Zakup i dostawa leków onkologicznych dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”

## 1. Dane Wykonawcy:

**SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.**

ul. Gen. Kazimierza Pułaskiego 9, kod pocztowy i miasto 40-273 Katowice

województwo śląskie kraj Polska

REGON 271059470 NIP 6340125442

tel. (32) 788 55 82 e-mail [przetargi@salusint.com.pl](mailto:przetargi@salusint.com.pl)

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego\* przez Sąd Rejonowy Katowice - Wschód w Katowicach VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000143136, kapitał zakładowy: 111 000,00 zł

2. ~~Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*~~

3. \* *niepotrzebne skreślić*

4. ~~Dane Wykonawcy:~~

.....  
ul. .... kod pocztowy i miasto .....

kraj ..... REGON ..... NIP .....

\* w przypadku potrzeby powielić liczbę wierszy dotyczących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

**Pakiet nr 5 – BORTEZOMIBUM**

netto 90 640,00 zł. słownie dziewięćdziesiąt tysięcy sześćset czterdzieści zł

+ VAT 7 251,20 zł

brutto 97 891,20 zł. słownie dziewięćdziesiąt siedem tysięcy osiemset dziewięćdziesiąt jeden zł dwadzieścia gr.

**Pakiet nr 6 – TRABECTEDINUM 0,25 mg**

netto 10 521,50 zł. słownie dziesięć tysięcy pięćset dwadzieścia jeden zł pięćdziesiąt gr.

+ VAT 841,72

brutto 11 363,22 zł. słownie jedenaście tysięcy trzysta sześćdziesiąt trzy zł dwadzieścia dwa gr.

**Pakiet nr 12 – POSACONAZOLUM**

netto 28 325,00 zł. słownie dwadzieścia osiem tysięcy trzysta dwadzieścia pięć zł

+ VAT 2 266,00

brutto 30 591,00 zł. słownie trzydzieści tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt jeden zł

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod względem wielkości nasza firma jest:  
*mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem*<sup>1</sup>.
2. Oświadczamy, że cena ofertowa w odpowiedniej części zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, które poniesie Zamawiający i w toku realizacji zamówienia nie ulegnie zmianie.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i akceptujemy określone w niej warunki oraz zasady postępowania.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty wyrażamy zgodę na realizację zamówienia w terminach określonych powyżej lub w przypadku braku takiego wskazania w terminach określonych w SWZ.
7. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców<sup>2</sup> (podać pełną nazwę firmy) ..... w następującym zakresie .....
8. ~~Oświadczamy, iż wybór naszej oferty prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług w zakresie ....., o wartości netto ..... złotych.~~<sup>3</sup>
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
10. Oświadczamy, że wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do SWZ, został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>4</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>5</sup>.
12. Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.
13. Termin płatności: **30 dni** od daty wystawienia faktury.
14. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty (art. 297 Kodeksu Karnego).
15. Załącznikami do niniejszej oferty są:
  - Formularz asortymentowo-cenowy
  - JEDZ

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> wypełnić jeśli dotyczy

<sup>3</sup> wypełnić jeśli dotyczy

<sup>4</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>5</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).

- Oświadczenie
- Pełnomocnictwo
- Przedmiotowe środki dowodowe
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

16. Nasze dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:

- imię i nazwisko osoby do kontaktu: Dorota Sporysz Kupras
- nr telefonu: (32) 788 55 75
- nr faksu: (32) 788 55 93 lub 94
- adres e-mail: [zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl](mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl)