

IZP.2411.51.2024.JG

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 00 e-mail przetargi@salusint.com.pl

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

~~Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*~~** niepotrzebne skreślić*

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpisze:

Magdalena Łunarzewska – prokurent samoistny

(imię, nazwisko, stanowisko)

Imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: Karolina Kozielska, tel. (32) 788 55 96

2. 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 1 – CARBOPLATINUM**

netto 357 000,00 zł. słownie trzysta pięćdziesiąt siedem tysięcy zł 00/100

+ VAT 8%

brutto 385 560,00 zł. słownie trzysta osiemdziesiąt pięć tysięcy pięćset sześćdziesiąt zł 00/100

Pakiet nr 2 – ACIDUM ZOLEDRONICUM ROZTWÓR DO INFUZJI 4 mg/100ml

netto zł. słownie

+ VAT

brutto zł. słownie

Pakiet nr 3 – EPIRUBICINI HYDROCHLORIDUM

netto zł. słownie

+ VAT.....

brutto zł. słownie

Pakiet nr 4 – PEGINTERFERONUM ALFA 2A 90µg/ 0,5 ml

netto zł. słownie

+ VAT.....

brutto zł. słownie

Pakiet nr 5 – PEGINTERFERONUM ALFA 2A 135µg/ 0,5 ml

netto zł. słownie

+ VAT.....

brutto zł. słownie

Pakiet nr 6 – PEMBROLIZUMABUM

netto zł. słownie

+ VAT.....

brutto zł. słownie

Pakiet nr 7 – Azacitidine

netto 108 576,00 zł. słownie sto osiem tysięcy pięćset siedemdziesiąt sześć zł 00/100

+ VAT 8%

brutto 117 262,08 zł. słownie sto siedemnaście tysięcy dwieście sześćdziesiąt dwa zł 08/100

Pakiet nr 8 – Bewacyzumab /Bevacizumab.

netto 358 280,00 zł. słownie trzysta pięćdziesiąt osiem tysięcy dwieście osiemdziesiąt zł 00/100

+ VAT 8%

brutto 386 942,40 zł. słownie trzysta osiemdziesiąt sześć tysięcy dziewięćset czterdzieści dwa zł 40/100

Pakiet nr 9 – Lenalidomide

netto 81 265,60 zł. słownie osiemdziesiąt jeden tysięcy dwieście sześćdziesiąt pięć zł 60/100

+ VAT 8%

brutto 87 766,85 zł. słownie osiemdziesiąt siedem tysięcy siedemset sześćdziesiąt sześć zł 85/100

Pakiet nr 10 – Trastuzumab derukstekan

netto zł. słownie

+ VAT.....

brutto zł. słownie

Pakiet nr 11 – Dostarlimab

netto zł. słownie

+ VAT.....

brutto zł. słownie

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod względem wielkości nasza firma jest:
~~mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem¹.~~
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 podwykonawców²~~
(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.³
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.

¹ niepotrzebne skreślić

² wypełnić jeśli dotyczy

³ wypełnić jeśli dotyczy

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 RODO⁴ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu⁵.
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
 - Oświadczenie
 - ChPL
 - Pełnomocnictwo
 -
 -
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

⁴ 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).

⁵ 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).