

IZP.2411.97.2024.AJ

Formularz oferty**do. postępowania pn. „Zakup i dostawa leków onkologicznych i immunoglobulin 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 96 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: Karlina

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 2 – CHLORAMBUCILUM**

netto 3 502,00 zł. słownie trzy tysiące pięćset dwa złote 00/100

+ VAT 8%

brutto 3 782,16 zł. słownie trzy tysiące siedemset osiemdziesiąt dwa złote 16/100

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 **nie** 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.
10. Oświadczamy, że wzór umowy stanowiący załącznik 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

¹ niepotrzebne skreślić

² wypełnić jeśli dotyczy

³ wypełnić jeśli dotyczy

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).

- 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
- adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl