

IZP.2411.123.2024.JG

Formularz oferty**do. postępowania pn. „Zakup i dostawa leków onkologicznych dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”****1. Dane Wykonawcy:**

Optifarma Sp. z o. o. Sp. K.

ul. Sokołowska 14 kod pocztowy i miasto: 05-806 Sokołów

województwo: Mazowieckie kraj: Polska REGON: 142397384 NIP: 5342445305

tel. 22-2252690/91 e-mail: przetargi@optifarma.com

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego* przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XIV Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000355658, kapitał zakładowy: 5000 zł*

** niepotrzebne skreślić*

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

Julia Dałek – Pełnomocnik

(imię, nazwisko, stanowisko)

Imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: Ewelina Pacuła-Kucharska – Specjalista ds. Zamówień Publicznych i Importu Docelowego – tel. 22 2252690/91.

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 – CAPECITABINUM 150 mg tabletki powlekane**

netto 10 169,60 zł. słownie dziesięć tysięcy sto sześćdziesiąt dziewięć złotych sześćdziesiąt groszy
+ VAT 813,57 zł

brutto 10 983,17 zł. słownie dziesięć tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt trzy złote siedemnaście groszy

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod względem wielkości nasza firma jest:

~~mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem~~¹.

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~~² (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 nettozłotych.³
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 RODO⁴ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu⁵. – nie dotyczy~~
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
 - Oświadczenie JEDZ
 - Załącznik nr 2A do SIWZ
 - Karta Charakterystyki Produktu Leczniczego
 - Aktualny odpis z KRS

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).

- Pełnomocnictwo do podpisania oferty
 - Oświadczenie o zmianie numeru pozwolenia do obrotu oraz zmianie kodów EAN
16. Nasze dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:
- imię i nazwisko osoby do kontaktu: Dział Szpitalny: Ewelina Pacuła-Kucharska, Julia Dałek
 - nr telefonu: 22-2252690/91
 - nr faksu: 222501529
 - adres e-mail: przetargi@optifarma.com