*Załącznik nr 1 do SWZ*

**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:**

...............................................................................................................................................................................................................

ul. ........…………………………............................. kod pocztowy i miasto ........…..….……..................................................... województwo ........…………............................................................... kraj……………………..………..…..……...……..……… REGON ………………..…………..………..………..…..………. NIP …………………………………………..……....…….…………

tel. ……………………….……………………….. e-mail ……………………………..…………………………………………..………

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego\* przez Sąd Rejonowy ……………………..…….………………………………… Wydział ………..…….…….….………..………………. pod numerem KRS: ………………………...….………., kapitał zakładowy: ………………………..………………………..

Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*

*\* niepotrzebne skreślić*

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

………………………………………………………………………….……………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

Imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: …………………………………..………….………………...

1. **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 –** CHLORAMBUCILUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 2 –** CAPECITABINUM 150 mg tabletki powlekane  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 3 –** NINTEDANIBUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 4 –** NINTEDANIBUM    netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 5 –** MITOXANTRONUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 6 –** Enfortumab wedotyny  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 7 –** DOXORUBICINUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Trwałość leku po pierwszym zakłuciu fiolki: do 24 godzin.**  **Trwałość leku po pierwszym zakłuciu powyżej 24 godzin (jeżeli czynności były wykonywane  w zwalidowanych, aseptycznych warunkach)**  (właściwe zaznaczyć)  Informacja o trwałości leku po pierwszym zakłuciu musi być zawarta w **Karcie Charakterystyki Produktu** **Leczniczego**, którą należy dołączyć do oferty.  **Ww. dokument jest wymagany na okoliczność potwierdzenia spełnienia kryterium oceny oferty i nie będzie on uzupełniany w przypadku jego niedostarczenia wraz z ofertą.**  **Pakiet nr 8 –** BICALUTAMIDUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 9 –** BLEOMYCINI SULPHAS  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 10 –** IXAZOMIBUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 11 –** PLERIXAFORUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 12 –** PAZOPANIBUM 200 mg  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 13 –** Melphalan  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 14 –** Niwolumab + Relatlimab  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ......................................................................................................................................  **Pakiet nr 15 –** BRENTUXIMABUM VEDOTINUM  netto ................................... zł. słownie .......................................................................................................................................  + VAT..................................  brutto .................................. zł. słownie ...................................................................................................................................... |

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

*mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem*[[1]](#footnote-1).

1. Oświadczamy, że cena ofertowa w odpowiedniej części zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, które poniesie Zamawiający i w toku realizacji zamówienia nie ulegnie zmianie.
2. Oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i akceptujemy określone w niej warunki oraz zasady postępowania.
4. Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
5. 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.
6. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców*[[2]](#footnote-2)* (podać pełną nazwę firmy) ………………………………………………………………………….. w następującym zakresie ………………………………………………………………………………………………………………………..………
7. 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]](#footnote-3)**
8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
9. 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.
10. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[5]](#footnote-5).
11. Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.
12. Termin płatności: **30 dni** od daty wystawienia faktury.
13. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty (art. 297 Kodeksu Karnego).
14. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* .......................................................................................
* .......................................................................................
* .......................................................................................
* .......................................................................................

1. Nasze dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:

* imię i nazwisko osoby do kontaktu: ………………………………………………..
* nr telefonu: ……………………………………………………………………………………
* nr faksu: ……………………………………………………………………………………….
* adres e-mail: ………………………………………………………………………………….

1. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)
2. *wypełnić jeśli dotyczy* [↑](#footnote-ref-2)
3. *wypełnić jeśli dotyczy* [↑](#footnote-ref-3)
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).*  [↑](#footnote-ref-4)
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).* [↑](#footnote-ref-5)