Załącznik nr 2 do SIWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

Nr telefonu: ....................................................

Nr faksu: ....................................................

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź

 małym lub średnim przedsiębiorstwem ………. TAK/NIE\*

**OFERTA WYKONAWCY**

1. Oferujemy dostawę produktów leczniczych na warunkach i zasadach określonych w SIWZ zgodnie z załączonym formularzem ofertowym (załącznik nr 1 do SIWZ).

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z warunków umowy, który nie może być krótszy niż 60 dni.

3. Dostawa na koszt dostawcy w ciągu ...............godzin od złożenia zamówienia (max. 24 godziny). Zamawiający dopuszcza dostawę za pomocą firmy kurierskiej.

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

6. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Wykonawca zapewnia gwarancję jakości na okres zgodny z gwarancjami producentów, nie krótszy niż 180 dni od dostawy danej partii towaru.

8. Wykonawca oświadcza, że oferowane produkty lecznicze posiadają dokumenty dopuszczające ich stosowanie w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodne z wymaganiami określonymi odpowiednio w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne *(t.j. Dz.U.2017.2211 ze zm.)* oraz zobowiązuje się udostępnić powyższe dokumenty na każde wezwanie Zamawiającego.

9. Nr faxu lub email na który będą przesyłane zamówienia …………………………………..

10. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ................................................................. tel./fax ...............................

11. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

12. nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]\*

……………………………………

13. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią części XIV SIWZ.
2. Wypełnione i podpisane załączniki: 1,2,3,5,6 do niniejszej SIWZ.

.................................. , dnia ...................... ..............................................................

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*