

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Wykonawcy:

Nazwa: NOBIPHARM Sp. z o.o.

Siedziba: ul. L. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

Województwo: mazowieckie

Nr telefonu: (22) 633-98-02,

Adres poczty elektronicznej: info@nobipharm.pol.pl

Nr NIP: 118-00-17-591

Nr KRS: 0000107429

Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)**:

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☒ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Innym

** w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę leków, płynów infuzyjnych, preparatów do żywienia parenteralnego i enteralnego, pasków do glukometru nr spr. 10/ZP/2021, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość:

Część 29 - ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO PLN	289.558,80 zł
---	----------------------

* **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ.

2. Ponadto oświadczam, że:

- a. Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
- b. Oferowany przedmiot zamówienia posiada minimum 12 miesięczny okres przydatności do użycia od dnia dostawy (**krótszy termin ważności możliwy tylko po wcześniejszym uzyskaniu zgody od Zamawiającego**),
- c. Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- d. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- e. Niniejsza oferta jest ważna przez 90 dni,
- f. Akceptuję bez zastrzeżeń *Wzór Umowy* i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,

NOBIPHARM Sp. z o.o.

- g. Składam niniejszą ofertę [we własnym imieniu], / ~~[jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia]~~*,
- h. Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- i. Na podstawie art. 8 ust. 3 Ustawy, strony w ofercie **od do** stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. **(Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.)**
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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 2016.119.1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Uwaga:

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).

4. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

Imię: Ewelina, **Nazwisko:** Gawrońska
Nr telefonu: (22) 669-39-61, **Nr faksu:** (22) 669-39-61
Adres e-mail: nobipharm-przetargi@tlen.pl

5. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię: Julita, **Nazwisko:** Ciesielska
Nr tel.: (22) 568-22-22

kwalifikowany podpis elektroniczny

* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio

**brak skreślenia będzie uznane, że Wykonawca nie jest małym/średnim przedsiębiorcą