

**Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim  
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim  
ul. 26 Marca 51  
44-300 Wodzisław Śląski**

Warszawa, dnia 05.10.2023 r

**OFERTA  
nr sprawy 15/ZP/23**

1. Spis treści
2. Formularz ofertowy
3. Formularz cenowy
4. Oświadczenie
5. Dane ofertowe

**Podpisany Formularz JEDZ oraz podpisane Pełnomocnictwo stanowią integralną część oferty i załączone są w odrębnych plikach.**

**Z poważaniem,**

**Monika Augustyniak  
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Monika Augustyniak

Tel (22) 2096221, fax (22) 2097004, e-mail:monika.augustyniak@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

## FORMULARZ OFERTOWY

## 1. Dane Wykonawcy:

Nazwa:.....Lek S.A.....

Siedziba:.....95-010 Stryków ul. Podlipie 16.....

Województwo:.....łódzkie.....

Nr telefonu:.....222096211... Adres poczty elektronicznej: monika.augustyniak@sandoz.com

Nr NIP:.....7281341936... Nr KRS:.....0000061723.....

Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*:

- Mikroprzedsiębiorstwem  
 Małym przedsiębiorstwem  
 Średnim przedsiębiorstwem  
 Jednoosobowa działalność gospodarcza  
 Innym dużym

\*\* 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 przedsiębiorstwa: 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 pn. „**Dostawa leków, płynów infuzyjnych, preparatów do żywienia pozajelitowego i dojelitowego**” nr sprawy 15/Zp/23, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość:

Nr części	Wartość oferty brutto (zł)
Część nr 1	
Część nr 2	
Część nr 3	
Część nr 4	
Część nr 5	
Część nr 6	
Część nr 7	
Część nr 8	
Część nr 9	
Część nr 10	
Część nr 11	
Część nr 12	
Część nr 13	
Część nr 14	
Część nr 15	

Część nr 16	
Część nr 17	
Część nr 18	
Część nr 19	
Część nr 20	
Część nr 21	
Część nr 22	
Część nr 23	
Część nr 24	328 547,88 zł
Część nr 25	
Część nr 26	
Część nr 27	
Część nr 28	
Część nr 29	
Część nr 30	
Część nr 31	
Część nr 32	
Część nr 33	
Część nr 34	
Część nr 35	
Część nr 36	
Część nr 37	
Część nr 38	
Część nr 39	
Część nr 40	
Część nr 41	
Część nr 42	
Część nr 43	
Część nr 44	
Część nr 45	
Część nr 46	
Część nr 47	
Część nr 48	

Część nr 49	
Część nr 50	
Część nr 51	
Część nr 52	
Część nr 53	
Część nr 54	
Część nr 55	
* łączna cena ofertowa brutto 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,
- 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:**

\* *niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio*

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

Imię: .....Monika ....., Nazwisko: ...Augustyniak.....

Nr telefonu: ...222096221....., Nr faksu: .....222097004.....

Adres e-mail.....monika.augustyniak@sandoz.com.....

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię: .....Magdalena..... Nazwisko: .....Bałdys.....

Nr tel.: ...222096052.....

kwalfikowany podpis elektroniczny

## Część 24: Leki różne V

L.p	ASORTYMENT	jm	Ilość	Proponowany preparat	Cena jedn netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Amoxicillinum 500mg x16 tabl.	op	40	Ospamox 500 mg tabl. powl.x 16 szt.	5,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
2	Amoxicillinum 1000mg x16 tabl.	op	400	Ospamox 1000 mg tabl.powl.x 16 szt.	7,00 zł	2 800,00 zł	8%	3 024,00 zł
3	Amoxicillin/clavulanic acid 1000mg x14 tabl.	op	600	Amoksiklav tabletki 1000 mg x 14 szt.	4,00 zł	2 400,00 zł	8%	2 592,00 zł
4	Amoxicillin/clavulanic acid 625mg x 14 tabl.	op	300	Amoksiklav tabletki 625 mg x 14 szt.	4,00 zł	1 200,00 zł	8%	1 296,00 zł
5	Amoxicillinum/ clavulanicum acid 1200mg x 5 fiol. <b>Trwałość rozcieńczonych roztworów do infuzji dożylnych (woda do strzykiwań; 0,9% NaCl) w temperaturze pokojowej do 4 godz.</b>	op	1500	Amoksiklav fiol. 1,2 g x 5 szt.	27,00 zł	40 500,00 zł	8%	43 740,00 zł
6	Amoxicillinum/ clavulamicum acid 600mg x 5 fiol. <b>Trwałość rozcieńczonych roztworów do infuzji dożylnych (woda do wstrzykiwań; 0,9% NaCl) w temperaturze pokojowej do 4 godz.</b>	op	1500	Amoksiklav fiol. 0.6 g x 5 szt.	20,00 zł	30 000,00 zł	8%	32 400,00 zł
7	Acetylcysteinum 300mg/3ml x 5amp	op	120	Acetylcysteine Sandoz roztw.do inf.100mg/ml x5 amp/3 ml	42,00 zł	5 040,00 zł	8%	5 443,20 zł
8	Acetylcysteinum 600mg x 10tabl musujące	op	10	ACC Optima tabl.mus. 600mg x 10	7,60 zł	76,00 zł	8%	82,08 zł
9	Amlodipini 5 mg x 30 tbl	op	80	Amlopin tabletki 5 mg x 30 szt.	1,00 zł	80,00 zł	8%	86,40 zł
10	Amlodipini 10 mg x 30 tbl	op	60	Amlopin tabletki 10 mg x 30 szt.	1,00 zł	60,00 zł	8%	64,80 zł
11	Alumini acetat 1% żel a 75,0 g	op	50	Altacet żel. 1 % 75 g	4,90 zł	245,00 zł	8%	264,60 zł
12	Alumini acetat x 6 tbl	op	400	Altacet a 6 tabl.	4,00 zł	1 600,00 zł	8%	1 728,00 zł
13	Allopurinolum 100mg x 50tabl	op	180	Argadopin tab. 100 mg x 50	5,00 zł	900,00 zł	8%	972,00 zł
14	Allopurinolum 300mg x 30tabl	op	200	Argadopin tab. 300 mg x 30	7,00 zł	1 400,00 zł	8%	1 512,00 zł

15	Atorvastatinum 40 mg x 30 tabl	op	30	Tulip 40 mg, tabl.powl.40mg x 30	1,00 zł	30,00 zł	8%	32,40 zł
16	Atorvastatinum 20 mg x 30 tabl	op	50	Tulip 20 mg tabl. x 30 szt.	1,00 zł	50,00 zł	8%	54,00 zł
17	Azitromycyn 0,1/5ml zaw 20 ml	op	30	AzitroLek 100mg/5ml 20 ml	8,00 zł	240,00 zł	8%	259,20 zł
18	Azitromycyn 0,2/5ml zaw 20ml	op	50	Azitrolek 200 mg/5ml, 16,5g/20 ml	14,00 zł	700,00 zł	8%	756,00 zł
19	Bisoprololi fumaras 1,25mg x 30 tabl	op	10	Bibloc 1,25 mg x 30 tabl.	1,00 zł	10,00 zł	8%	10,80 zł
20	Bisoprololi fumaras 2,5mg x 30tabl	op	300	Bibloc 2,5 mg x 30 tabl.	1,00 zł	300,00 zł	8%	324,00 zł
21	Bisoprololi fumaras 5mg x 30tabl	op	250	Bibloc 5 mg x 30 tabl.	1,00 zł	250,00 zł	8%	270,00 zł
22	Bisoprololi fumaras 3,75mg x 30tabl	op	60	Bibloc 3,75 mg x 30 tabl.	1,00 zł	60,00 zł	8%	64,80 zł
23	Bisoprololi fumaras 5mg x 30tabl	op	250	Bibloc 5 mg x 30 tabl.	1,00 zł	250,00 zł	8%	270,00 zł
24	Bisoprololi fumaras 7,5mg x 30tabl	op	60	Bibloc 7,5 mg x 30 tabl.	1,00 zł	60,00 zł	8%	64,80 zł
25	Bisoprololi fumaras 10mg x 30tabl	op	60	Bibloc 10 mg x 30 tabl.	1,00 zł	60,00 zł	8%	64,80 zł
26	Cefazolin 1 g x 10 fiol	op	60	Cefazolin 1 g x 10	55,00 zł	3 300,00 zł	8%	3 564,00 zł
27	Diclofenac sodium 50mg x 10 czopki	op	30	Diclac 50 czopki 50 mg x 10	1,90 zł	57,00 zł	8%	61,56 zł
28	Diclofenac sodium 100mg x 10 czopki	op	100	Diclac 100 czopki 100 mg x 10	2,20 zł	220,00 zł	8%	237,60 zł
29	Diclofenacum natricum 75mg/3ml x 10amp	op	50	Diclac amp. 75 mg/3ml x 10	11,13 zł	556,50 zł	8%	601,02 zł
30	Duloxetine 30mg x 28tabl	op	5	Duloxetine Sandoz 30 mg x 28 kaps.	10,00 zł	50,00 zł	8%	54,00 zł
31	Duloxetine 60mg x 28tabl	op	5	Duloxetine Sandoz 60 mg x 28 kaps.	12,00 zł	60,00 zł	8%	64,80 zł

32	Epoetin alfa 5000 j.m./0,5 ml x 6 amp	op	3	Binocrit 5000 j.m/0,5ml, 6 amp-strzyk.	500,00 zł	1 500,00 zł	8%	1 620,00 zł
33	Ferri hydroxidum saccharum (Fe III) 20mg/ml 5amp x 5ml	op	40	Venofer amp. iv 5 ml x 5 szt.	172,00 zł	6 880,00 zł	8%	7 430,40 zł
34	Ferric hydroxidum polyisomaltosum 100mg FeIII/2ml x 50 amp	op	10	Ferrum LEK amp. i.m. 2ml x 50 szt.	240,00 zł	2 400,00 zł	8%	2 592,00 zł
35	Ferric hydroxidum polymaltosum 50mg FeIII/5ml x 100ml syrop	but	10	Ferrum LEK syrop 50 mg / 5 ml 100 ml	14,00 zł	140,00 zł	8%	151,20 zł
36	Formoterol fumarate 12mcg proszek do inhalacji x 60szt	op	10	FORADIL 12UG X 60 CAPS	12,00 zł	120,00 zł	8%	129,60 zł
37	Ketoprofenum 50 mg x 20 kaps	op	180	Ketonal Active 50mg x 20 caps.	2,00 zł	360,00 zł	8%	388,80 zł
38	Ketoprofenum forte 100 mg x 30 tabl	op	200	Ketonal forte tbl. 100mg x 30 szt.	2,60 zł	520,00 zł	8%	561,60 zł
39	Ketoprofenum 0,1g/2 ml x 10amp i.v. i.i.m.	op	1200	Ketonal amp. 50 mg / 1 ml x 10 szt. po 2 ml	11,30 zł	13 560,00 zł	8%	14 644,80 zł
40	Loratadinum 1mg/ml zawiesina 120 ml	fl	3	Flonidan zaw.120 ml 5 mg / 5 ml	8,00 zł	24,00 zł	8%	25,92 zł
41	Metformini h/chloridum 500mg x 90tabl	op	100	Etform 500 tabl.powl. 500 mg x 90	2,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
42	Metformini h/chloridum 850mg x 60tabl	op	50	Etform 850 tabl.powl. 850 mg x 60	4,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
43	Metformini h/chloridum 1000mg x 120tabl	op	50	Etform 1000 tabl. powl. 1000mg x 120	4,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
44	Metoprololi succinas 23,75mg x 30tabl	op	100	Beto 25 ZK tabl.przedl.uwaln.23,75 mg x 30	1,00 zł	100,00 zł	8%	108,00 zł
45	Metoprololi succinas 47,5mg x 30tabl	op	200	Beto 50 ZK tabl.przedl.uwal. 47,50 mg x 30	1,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
46	Metoprololi succinas 95mg x 30tabl	op	200	Beto 100 ZK tabl.przedl.uwal. 95 mg x 30	1,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
47	Midazolamum 50mg/10ml x 5 amp	op	50	Midazolam Sandoz 50mg 5mg/ml x 5 amp.	59,00 zł	2 950,00 zł	8%	3 186,00 zł
48	Montelukast a 10mg x 28 tabl	op	5	Montelukast Sandoz tabl.powl. 10 mg x 28	15,00 zł	75,00 zł	8%	81,00 zł



49	Montelukast a 5mg x 28 tabl do żucia	op	10	Montelukast Sandoz tabl.powl. 5 mg x 28	9,00 zł	90,00 zł	8%	97,20 zł
50	Montelukast granulata 4mg x 28 sasz	op	10	Montelukast Sandoz 4 mg gran. x 28 sasz.	28,00 zł	280,00 zł	8%	302,40 zł
51	Nakom x 100 tabl	op	5	Nakom tabletki 25/250 x 100 szt.	55,00 zł	275,00 zł	8%	297,00 zł
52	Nakom Mite x 100 tabl	op	5	Nakom mite tabletki 25/100 x 100 szt.	35,00 zł	175,00 zł	8%	189,00 zł
53	Pantoprazolum 40mg x 10 fiole i.v	op	2500	IPP 40 mg fiole x 10	54,00 zł	135 000,00 zł	8%	145 800,00 zł
54	Pantoprazolum 20mg x 56 tabl	op	800	IPP 20 tabletki dojelitowe 20 mg x 56	2,00 zł	1 600,00 zł	8%	1 728,00 zł
55	Pantoprazolum 40mg x 56 tabl	op	80	IPP 40 tabl. dojelitowe 40 mg x 56	4,00 zł	320,00 zł	8%	345,60 zł
56	Piperacillin/tazobactam 4500mg x 10 fiole iv stabilność r-ru po rozcieńczeniu 48 h	op	200	Piperacillin/Tazobactam SDZ 4G/0,5G x 10	140,00 zł	28 000,00 zł	8%	30 240,00 zł
57	Pregabalin 150 mg x 56 kaps	op	30	Pregabalin Sandoz 150 mg x 56	4,00 zł	120,00 zł	8%	129,60 zł
58	Pregabalin 75 mg x 56 kaps	op	30	Pregabalin Sandoz 75 mg x 56	3,00 zł	90,00 zł	8%	97,20 zł
59	Ramipril 2,5mg x 30 tabl	op	30	Piramil tabl. 2,5 mg x 30 szt.	1,00 zł	30,00 zł	8%	32,40 zł
60	Ramipril 5mg x 30 tabl	op	100	Piramil tabl. 5 mg x 30 szt.	1,00 zł	100,00 zł	8%	108,00 zł
61	Ramipril 10mg x 28 tabl	op	50	Piramil 10 mg tabletki 10 mg x 28	1,00 zł	50,00 zł	8%	54,00 zł
62	Rosuvastatin 0,01 x 28 tabl	op	30	Suvardio 10 tabl.powl. 10 mg x 28	2,00 zł	60,00 zł	8%	64,80 zł
63	Rosuvastatin 0,02 x 28 tabl	op	15	Suvardio 20 tabl.powl. 20 mg x 28	2,50 zł	37,50 zł	8%	40,50 zł
64	Torsemed 5 x 30 tabl	op	100	Torsemed tabl. 5mg x 30	2,00 zł	200,00 zł	8%	216,00 zł
65	Torsemed 10 x 30 tabl	op	100	Torsemed tabl. 10mg x 30	3,00 zł	300,00 zł	8%	324,00 zł

66	Vancomycin h/chlor 500 mg x 1 fiol; proszek do sporządz. r-ru do podawania <b>i.v, p.o.</b>	op	500	Edicin fiol. 500 mg x 1	17,00 zł	8 500,00 zł	8%	9 180,00 zł
67	Vancomycin h/chlor 1000 mg x 1 fiol; proszek do sporządz. r-ru do podawania <b>i.v, p.o.</b>	op	300	Edicin fiol.1000 mg x 1	22,00 zł	6 600,00 zł	8%	7 128,00 zł
	SUMA					<b>304 211,00 zł</b>		328 547,88 zł

Załącznik nr 6 do SWZ 15/Zp/23

Lek S.A

Ul. Podlipie 16

95-010 Stryków

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

Monika Augustyniak

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

### **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY/ WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO

Składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Dostawa leków, płynów infuzyjnych, preparatów do żywienia pozajelitowego i dojelitowego**

Oświadczam, co następuje:

#### **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. 2023 poz. 1497 ze zm.).

#### **INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ..... (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu), polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: .....

(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), w następującym zakresie: .....

(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu), co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ..... (podać pełną

nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG),

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w art. 5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia:.....

(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG),

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w art. 5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

### **INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) .....

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

2) .....

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

**Szanowni Państwo,**

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**Dane teleadresowe Wykonawcy**

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy Monika Augustyniak

Tel (22) 209 6221 fax (22) 209 7004

e-mail: [monika.augustyniak@sandoz.com](mailto:monika.augustyniak@sandoz.com)

Składanie zamówień

Dział Obsługi Klienta

Tel. (22) 209-60-52

Fax (22) 209-70-08

e-mail: [zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com](mailto:zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com)

Reklamacje

reklamacje magazynowe - [reklamacje.magazynowe@sandoz.com](mailto:reklamacje.magazynowe@sandoz.com)

reklamacje jakościowe - [reklamacje.jakosciowe@sandoz.com](mailto:reklamacje.jakosciowe@sandoz.com)

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia**. Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.