



Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Oferty

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Wykonawcy:

Nazwa	Bialmed Sp. z o.o.
Siedziba	ul. Kazimierzowska 46/48/35, 02-546 Warszawa
Województwo	mazowieckie
Nr NIP	849-00-00-039
Nr KRS	0000025915
Adres e-mail	dzp@bialmed.pl
Adres do wysyłki umowy w sprawie zamówienia publicznego	ul. płk. Leona Silickiego 1, Jagodne, 12-200 Pisz

Odpowiadając na ogłoszenie o udzieleniu zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego pn. Dostawa środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego – postępowanie nr 75/PN/2024, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji warunków zamówienia za wartość:

Część nr 4*

Wartość netto: 603 350,78 PLN

VAT w %: 5% i 8%

Cena (wartość brutto): 640 636,87 PLN

2. Ponadto oświadczam, że:

- Zamówiony towar dostarczę do Zamawiającego w terminie zgodnym z pkt. 6 IDW.
- Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada minimum 42 **6 miesięczny** okres przydatności do użycia od dnia dostawy.
- Oferowany przedmiot zamówienia posiada aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jako produkt leczniczy zgodnie z wymogami ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686) – dotyczy tylko leków
Ponadto zobowiązuję się okazać w/w dokumenty na każde żądanie Zamawiającego w terminie nie dłuższym niż 3 dni roboczych od wezwania przez Zamawiającego.
- Posiadam zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej lub zezwolenie na wytwarzanie (producenci), wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686) a w

* Należy wpisać nr części, na którą składana jest oferta, a w przypadku składania oferty na więcej niż jedną część należy powtórzyć dany akapit tyle razy na ile części składana jest oferta.

przypadku wykonawcy prowadzącego skład konsygnacyjny – zezwolenie na prowadzenie składu zawierające uprawnienia przyznane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie obrotu produktami leczniczymi.

Ponadto zobowiązuję się okazać w/w dokumenty na każde żądanie Zamawiającego w terminie nie dłuższym niż 3 dni od wezwania przez Zamawiającego.

- f. Oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty dopuszczające go do obrotu, jako wyrób medyczny, zgodnie z **ustawą** z dnia 7 kwietnia 2022r. **o wyrobach medycznych** (Dz. U. z 2022 r., poz. 974), którymi są:

- certyfikat zgodności lub deklaracja zgodności w zależności od klasy wyrobu; oraz
- dowód zgłoszenia lub powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, albo dowód wpisu do bazy danych o wytwórcach i wyrobach medycznych, prowadzonej przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. (nie dotyczy wyrobów medycznych pierwszy raz wprowadzanych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)

Ponadto zobowiązuję się okazać w/w dokumenty na każde żądanie Zamawiającego w terminie nie dłuższym niż 3 dni od wezwania przez Zamawiającego. (dotyczy wyrobów medycznych)

- g. Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- h. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- i. Akceptuję bez zastrzeżeń **Wzór Umowy** przedstawiony w Części II SWZ i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- j. Składam niniejszą ofertę [we *własnym imieniu*], / ~~[jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia]~~*,
- k. Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- l. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zapoznam się Procedurą PO-02/PQ-07 07 Instrukcja bezpiecznego wykonywania prac przez wykonawców zewnętrznych (**procedura dostępna na stronie internetowej www.szpital.slupsk.pl/bip zakładka przetargi**) i zobowiązuję się do:
- Przestrzegania ogólnie obowiązujących przepisów i zasad w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska, ochrony danych osobowych, jakich dotyczy zakres świadczonych prac i usług
 - Zapoznania swoich pracowników oraz pracowników podwykonawcy delegowanych do prac z treścią ww. procedury nie później niż w dniu ich rozpoczęcia
 - Poinformowania swoich pracowników oraz pracowników podwykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności Szpitala nie później niż w dniu ich rozpoczęcia
 - Zachowania w ścisłej tajemnicy wszelkich informacji pozyskanych w związku z realizacją umowy w szczególności informacji związanych z danymi osobowymi pacjentów i pracowników, ochroną mienia Szpitala, systemu zabezpieczeń, przedmiotów znajdujących się w pomieszczeniach, dokumentacji medycznej, księgowej, sprawozdawczej, przetargowej, personalne, rozkładu pomieszczeń itd. oraz wszelkich informacji do których będę miał dostęp w czasie realizacji umowy.

* Niepotrzebne skreślić

- m. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. Powyższe nie dotyczy 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.
- n. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom:
Nazwa części zamówienia
Firma podwykonawcy
- ~~o. OŚWIADCZAMY, iż informacje i dokumenty zawarte w odrębnym, stosownie oznaczonym i nazwanym załączniku _____ (należy podać nazwę załącznika) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku do Oferty _____ (należy podać nazwę załącznika) i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.~~
- p. Wykonawca jest:
 mikroprzedsiębiorstwem
 małym przedsiębiorstwem
 średnim przedsiębiorstwem
 prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą
 osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej
 Inny rodzaj (właściwą odpowiedź zaznaczyć),
3. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:
Imię i nazwisko: Magda Malinowska
Nr telefonu: 87 730 93 97, e-mail: dzp@bialmed.pl
4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:
Imię i nazwisko: Janusz Strongowski
Nr tel.: 87 424 11 74, e-mail: bok@bialmed.pl

Nr fax, na który przesyłane będą protokoły zużycia: 87 424 11 85

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami Instrukcji dla Wykonawców.