

FORMULARZ OFERTY**Szpital św. Anny w Miechowie**

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego nr **30/PN/2024 Dostawa leków do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie**.

my niżej podpisani:

JUSTYNA ROZWADOWSKA, ANNA KUŻMA

działając w imieniu i na rzecz:

FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA SA UL. KRZYWA 13; 60-118 POZNAŃ; 783-14-80-785; 631120477

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) NIP, REGON; w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę).

1. **Składamy ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **Oświadczamy**, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem Pełnomocnikiem do reprezentowania nas w postępowaniu:
JUSTYNA ROZWADOWSKA, ANNA KUŻMA -PEŁNOMOCNICTWO
(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnika)
3. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
4. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Rozdziałem II SWZ „Ochrona danych osobowych”.
5. **Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. **Zobowiązujemy się** do realizacji umowy w terminie określonym w SWZ.
7. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:**
 - 34) grupa nr 34 za kwotę w wysokości: 236.350,00 złotych netto, co stanowi 255.258,00 złotych brutto, obliczoną na podstawie załącznika asortymentowo-cenowego stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ, który jest integralną częścią Formularza Oferty.
- 8) Termin płatności **60** dni od daty dostarczenia faktury VAT
- 9) **Uważamy się** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
- 10) **Wnieśliśmy wadium w wysokości** _____ zł, w formie _____ W przypadku zaistnienia jednej z przesłanek określonych w art. 98 ustawy Pzp, wadium wniesione w formie pieniądza należy zwrócić na rachunek o numerze: _____ prowadzonym w banku _____.
- 11) **Zamówienie zrealizujemy sami/ przy udziale Podwykonawców*.**
Podwykonawcom zamierzamy powierzyć do wykonania następujące zakresy zamówienia:

(opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)
Podwykonawcą będzie firma _____
(należy wpisać nazwę i dane adresowe podmiotu).
- 12) **Oświadczam, iż jestem (należy zaznaczyć znakiem X):**

mikroprzedsiębiorstwem	
małym przedsiębiorstwem	
średnim przedsiębiorstwem	X
jednoosobową działalnością gospodarczą	
osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej	
inny rodzaj.....(jaki?)	

- 13) **Wykonawca** pochodzi z innego państwa członkowskiego UE? ~~Tak~~/Nie*
- 14) **Wykonawca** pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem UE? ~~Tak~~/Nie *
- 15) **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Istotnymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi Załącznik nr 7 do Specyfikacji Warunków Zamówienia. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 16) **Wszelką korespondencję** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:
Imię i nazwisko JUSTYNA ROZWADOWSKA
Telefon: 601 820 308 Faks:61/839 26 33
Adres e-mail: JUSTYNA.ROZWADOWSKA@FRESENIUSMEDICALCARE.COM
- 17) **Do oferty** załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:
01.JEDZ, SANKCJE
02.OFERTA
03.KRS
04.PEŁNOMOCNICTWO
05.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

podpis elektroniczny

* - *niepotrzebne skreślić*