

## 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:

**Magdalena Sadowska**

działając w imieniu i na rzecz:

**Takeda Pharma Sp. z o.o., ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa, NIP: 5262108132, KRS: 0000027645**

*(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:

**Magdalena Sadowska**

*(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:**

- 1) grupa nr 9** za kwotę w wysokości: **710.500,00** złotych netto, co stanowi **767.340,00** 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	
jednoosobową działalnością gospodarczą	
osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej	
inny rodzaj <b>duże przedsiębiorstwo</b> (jaki?)	<b>X</b>

**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 **Magdalena Sadowska**

Telefon: **22 201-95-01 wew. 3**

Faks: **22 223-03-89** Adres e-mail: **przetargi.pl@takeda.com**

**17. Do oferty** załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. Formularz ceny – zad. 9;
2. Oświadczenie Wykonawcy – zał. 2a do SWZ;
3. Zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej;
4. Dokumenty potwierdzające dopuszczenie produktu leczniczego do obrotu na terytorium RP;
5. Pełnomocnictwo;

---

podpis elektroniczny

\* - *niepotrzebne skreślić*