

Zamawiający:

SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM.DR.LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU
UL.POZNAŃSKA 97
88-100 INOWROCŁAW
(pełna nazwa/firma, adres)

FORMULARZ OFERTY

Ja/~~my~~* niżej podpisani:

Paulina Lisowska - pełnomocnik
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Działając w imieniu i na rzecz:

NEUCA S.A.

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: ul. Forteczna 35-37 87-100 Toruń

Kraj Polska

Województwo kujawsko-pomorskie

NIP 879-00-17-162

REGON 870227804

KRS 0000049872

TEL 794 000 177

Adres e-mail: Paulina.lisowska@neuca.pl

(na które Zamawiający ma przysłać korespondencję)

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym w trakcie prowadzenia postępowania:

Paulina Lisowska tel. 794 000 177 e-mail: paulina.lisowska@neuca.pl

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym w trakcie realizacji umowy:

Anna Zawada tel. 32 784 54 44 e-mail: szpitale@neuca.pl

Wykonawca jest mikro – **TAK/NIE**, małym – **TAK/NIE**, średnim przedsiębiorcą – **TAK/NIE***

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na Dostawa leków cytostatycznych dla Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

Nr postępowania M-3/2024

- 1. SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA :

Oferujemy dostawę leków cytostatycznych w następujących cenach:

10 194,98 zł

Pakiet Nr 4- 9 439,80 zł netto +8% VAT =zł brutto

- 1) Cena oferty 9 439,80 zł netto/ 10 194,98 zł brutto za **realizację całego zamówienia** wynosi 10 194,98 zł, w tym podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki: 8 %
- 2) Termin realizacji zamówienia do 24 godzin od chwili złożenia zamówienia, a dostawa na cito w ciągu 12 godzin od zgłoszenia zamówienia.
- 3) Zamówienie wykonamy w terminie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
- 4) Wykonawca oświadcza, że w dniu dostawy leków do Zamawiającego ich termin ważności będzie, wynosił min 6 miesięcy.
- 5) Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie przelewem (na zasadach opisanych we wzorze umowy) w terminie 60 dni od daty otrzymania faktury VAT potwierdzającej realizację dostawy towaru.

- 6) Wadium w wysokości **160 zł** (słownie: sto sześćdziesiąt 00/100 złotych), zostało wniesione w dniu 26.02.2024 w formie : przelewu
- 7) Prosimy w zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art.98 ustawy PZP, na następujący rachunek: **ING Bank Śląski S.A.**
76 1050 1416 1000 0023 4335 4896
- 8) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- 9) **OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- 10) **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 30.03.2024
- 11) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z Projektowanym i Postanowieniami Umowy – wzorem umowy, określonymi w Załączniku nr 5 Do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- 12) **SKŁADAMY** ofertę na _____stronach.
- 13) Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:
- Formularz ofertowy
Formularz cenowy
Pełnomocnictwo
Klauzula informacyjna
Wadium
Załącz.3.1
Załącz.3
Załącz.4
Chpl
oświadczenie

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

**niepotrzebne skreślić*