

	<p align="center">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu^A ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-97 , fax. 55 230-41-50 e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl , http://www.szpitalmiejski.elblag.pl/</p>	Nr sprawy: ZP/4/2020
	Przetarg nieograniczony na dostawy leków przeciwwirusowych w ramach programu lekowego eradykacja wirusa zapalenia wątroby typu B i C	

Załącznik nr 1

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
Adres: 82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35

WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

1.	Nazwa: Roche Polska Sp. z o.o.		
	NIP: 522 00 14 461		REGON: 010397308
	Województwo: mazowieckie		
	Miejscowość: Warszawa		Kod pocztowy: 02-672
			Kraj: Polska
	Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): ul.Domaniewska 39B		
	E-mail: pl.przetargi@roche.com		Tel.: 22 260 5161
	Adres internetowy (URL): www.roche.pl		Faks: 22 345 1527
Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem*			<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE

* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem 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.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa: Roche Polska Sp. z o.o.		
Województwo: mazowieckie		
Miejscowość: Warszawa	Kod pocztowy: 02-672	Kraj: Polska
Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): ul.Domaniewska 39B		
Tel: 22 260 5161	Faks: 22 345 1527	E-mail: pl.przetargi@roche.com

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/4/2020 na dostawy leków przeciwwirusowych w ramach programu lekowego eradykacja wirusa zapalenia wątroby typu B i C**, dla Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35, składamy ofertę na:

(Pakiet nr 2 - (proszę wpisać numer oferowanego pakietu) - powtarzać w razie potrzeb).

Za cenę netto 197 100,00 zł. słownie : sto dziewięćdziesiąt siedem tysięcy sto złotych 00/100

Za cenę brutto 212 868,00 zł. słownie : dwieście dwanaście tysięcy osiemset sześćdziesiąt osiem złotych 00/100

W tym należny podatek VAT 15 768,00 zł.

1. Oświadczamy, że zawarte w warunkach umownych Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia zaproponowane przez Zamawiającego warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.
2. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy
—	—	—
—	—	—

3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór Umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Składając ofertę wykonania zamówienia oświadczamy, że:
 - zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu przy udziale podwykonawców do zawarcia umów z podwykonawcami, zgodnie z postanowieniami art. 143a – 143d ustawy Prawo zamówień publicznych
6. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Ewa Czajkowska
telefon kontaktowy 22 260 5161
7. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan Krzysztof Kaczyński – Prokurent, Dorota Grajewska – Pełnomocnik (wpisać nazwisko, funkcję)
8. Wyrażamy zgodę na przekazywanie przez Zamawiającego oświadczeń, wniosków, zawiadomień i informacji faksem lub drogą elektroniczną oraz zobowiązujemy się, na żądanie Zamawiającego, do niezwłocznego potwierdzania faktu ich otrzymania.

Adres e-mail, na który należy kierować przekazywane oświadczenia, wnioski, zawiadomienia i informacje:

numer faksu: 22 345 1527 adres e-mail: pl.przetargi@roche.com

9. **Adres e-mail, na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia na leki:**

numer faksu: 22 347 9455 adres e-mail: rx.zakupy@roche.com

10. Wpłata wadium:

Przedkładamy potwierdzenie wniesienia wadium w wysokości: 2 009,00 zł

słownie dwa tysiące dziewięć złotych 00/100 zł

w formie gwarancji bankowej

W przypadku zwrotu wadium prosimy o przekazanie go na rachunek Wykonawcy

nr

w banku

11. Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²

Warszawa , dnia

Podpisano podpisem elektronicznym

¹ 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, str. 1).

² 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).