Numer sprawy: PNG/1/10/2018

# Część III - Formularz oferty

## **1. Nazwa postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:**

## „Dostawa leków biologicznych dla Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze”.

## **2. Zamawiający:**

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.

ul. J. Korczaka 1

58-400 Kamienna Góra

## **3. Oferta złożona przez:**

### 3.1. …………………………………………………………………………………………

 ***(nazwa Wykonawcy lub pełnomocnika podmiotów ubiegających się***

 ***wspólnie o udzielenie zamówienia)***

…………………………………………………………………………………………

 *(siedziba)*

…………………………………………………………………………………………

 *(kod NUTS:)*

…………………………………………………………………………………………

 *(nr telefonu/faksu/e-mail)*

…………………………………………………………………………………………

 *(NIP)*

…………………………………………………………………………………………

 *(REGON)*

Krajowy Rejestr Sądowy – numer wpisu ………………………………………

 *(wpisać - jeżeli dotyczy)*

Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej

…………………………………………………………………………………………

 *(wpisać „TAK”– jeżeli dotyczy)*

### 3.2. …………………………………..………………………………………………………

***(partner podmiotów występujących wspólnie)***

 …………………………………………………………………………………………

 *(siedziba)*

…………………………………………………………………………………………

 *(kod NUTS:)*

…………………………………………………………………………………………

 *(nr telefonu/faksu)*

…………………………………………………………………………………………

 *(NIP)*

…………………………………………………………………………………………

 *(REGON)*

Krajowy Rejestr Sądowy – numer wpisu ………………………………………

 *(wpisać - jeżeli dotyczy)*

Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej

…………………………………………………………………………………………

 *(wpisać „TAK” – jeżeli dotyczy)*

3.3 *itd*.

##

## **4. Oferujemy wykonanie zamówienia opisanego szczegółowo w „Części II” specyfikacji (Przedmiot zamówienia) na następujących warunkach:**

### **4.1. Zadanie 1 - Rituximab:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.2. Zadanie 2 - Tocilizumab 200 mg/10 ml amp.:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.3. Zadanie 3 - Tocilizumab 400 mg/20 ml amp.:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.4. Zadanie 4 - Tocilizumab 80 mg/4 ml amp.:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.5. Zadanie 5 - Adalimumab:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.6. Zadanie 6 - Infliximab:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.7. Zadanie 7 - Etanercept 25 mg/0,5 ml:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.8. Zadanie 8 - Etanercept 50 mg:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.9. Zadanie 9 - Certolizumab:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

### **4.10. Zadanie 10 - Golimumab:**

###  **...……… zł brutto (słownie zł: ………………..…..…………………………………).**

 **z czego: wartość netto - ………………. zł , VAT (…. %) - ……………… zł.**

*5.* ***Oświadczamy, że*** – (zaznaczyć właściwą kratkę)

 jestem(-śmy) MŚP nie jestem(-śmy) MŚP

## 6. **Oświadczamy**, że przyjmujemy termin realizacji zamówienia wynoszący **12 miesięcy** od daty zawarcia umowy**.**

## 7. **Oświadczamy**, że przyjmujemy **60-dniowy termin płatności faktury**, licząc od daty jej otrzymania przez Zamawiającego.

*8.* ***Oświadczamy****, że przyjmujemy okres gwarancji na oferowane leki (termin ważności) określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia****, tj. 12 miesięcy licząc od daty ich otrzymania przez Zamawiającego****.*

*9. Wybór mojej oferty będzie/nie będzie\*) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

*10.**Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i/lub art. 14 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanym dalej „RODO" - wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu i w oparciu o dane informacyjne zawarte w pkt 21 SIWZ.*

\*)wybrać odpowiednio, niepotrzebne skreślić

## 11. **Oświadczenie dotyczące podwykonawstwa** (zaznaczyć właściwy kwadrat)**:**

Nie zamierzam(-y) powierzyć podwykonawcom żadnej części zamówienia

Zamierzam(-y) następujące części zamówienia powierzyć podwykonawcom:

### Część I

### **………………………………………………………………………………………**

 (opis zakresu zamówienia powierzanego podwykonawcy)

Część II

### **…………………………………………………………………………………………**

 (opis zakresu zamówienia powierzanego podwykonawcy)

itd. *(wypełnić, jeżeli Wykonawca zamierza powierzyć prace podwykonawcom)*

*12.* ***Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa*** *(zaznaczyć właściwy kwadrat):*

 Żadna z informacji wskazanych w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

Wskazane poniżej informacje wskazane w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/-y dokumenty w postaci ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj informacji | Strony w ofercie |
|  |  | od numeru | do numeru |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oferta zawiera następujące załączniki: *(wymienić)*

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

itd.

Podpisy (pieczątki) osób,

upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy ………………………………………………………

Miejscowość, data ………………………………………

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 1. Rituximab.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **J.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT****[zł]** | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Rituximab fiol. 500 mg – 50 ml** | **szt.** | **50** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.1.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 2. Tocilizumab 200 mg/10 ml amp.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Tocilizumab 200 mg/10 ml amp.** | **szt.** | **200** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.2.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 3. Tocilizumab 400 mg/20 ml amp.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Tocilizumab 400 mg/20 ml amp.** | **szt.** | **300** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.3.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 4. Tocilizumab 80 mg/4 ml amp.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Tocilizumab 80 mg/4 ml amp.** | **szt.** | **600** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.4.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 5. Adalimumab.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Adalimumab 40 mg x 2 amp - strzyk.** | **op.** | **300** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.5.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 6. Infliximab.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Infliximab 100 mg fiol.** | **szt.** | **39** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.6.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 7. Etanercept 25 mg/0,5 ml.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Etanercept 25 mg/0,5 ml x 4 amp – wstrz.** | **op.** | **30** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.7.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 8. Etanercept 50 mg.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Etanercept 50 mg x 4 amp – wstrz.** | **op.** | **280** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.8.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 9. Certolizumab.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Certolizumab 200 mg/ml x 2 amp – strz.** | **op.** | **120** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.9.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr …… do oferty**

Kalkulacja ceny oferty

**Zadanie 10. Golimumab.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa art.** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość jedn. Netto****[zł]** | **Wartość netto**[kol. 4 x kol. 5][zł] | **Stawka VAT**[%] | **Podatek VAT**[zł] | **Wartość brutto**[kol. 6 + kol. 8][zł] |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1. | **Golimumab 50 mg/0,5 ml roztw. do wstrz.****– 1 wstrz.** | **szt.** | **80** |  |  |  |  |  |

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na niniejsze Zadanie, dane z kol. 6 do 9 należy przenieść do Formularza oferty - pkt .4.10.*

 ………………………………….………………………

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)