## Załącznik nr 1 SWZ

Znak sprawy: **03/PN/2023**

## FORMULARZ OFERTOWY

### *Pożądane jest złożenie oferty na druku jak niżej przedstawiono*

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| 2. | **Adres, ulica:** |  |
| 3. | **Kod, miejscowość, województwo:** |  |
| 4. | **Numer telefonu:** |  |
| 5. | **Numer faksu:**  (jeżeli dotyczy) |  |
| 6. | **Adres e-mail:**  (podać obowiązkowo) |  |
| 7. | **NIP:** |  |
| 8. | **REGON:** |  |
| 9. | **Adres e-mail:**  (na który będą wysyłane zamówienia) |  |

1. Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art.132 Ustawy Prawo zamówień publicznych w zakresie **Sukcesywnej dostawa produktów leczniczych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach im. Św. Jana Pawła II**

W imieniu swoim i reprezentowanej firmy składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie brutto wynikające z wyliczeń zawartych w tabeli poniżej:

*Poniższą tabelkę można wypełnić tylko w tych częściach, w których Wykonawca składa ofertę, dla każdej części osobno.   
W przypadku składania oferty na większą liczbę części należy tabelkę powtórzyć stosownie do liczby części na które składana jest oferta.*

**Część nr** [….]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wartość netto: |  | |
|  | Wartość netto słownie: |  | |
|  | VAT: | **[%] -** [….] | kwota: |
|  | VAT słownie: |  | |
|  | Wartość brutto: |  | |
|  | **Wartość brutto słownie:** |  | |

Użyczamy na cały okres trwania umowy [….] szt. (co najmniej 2 szt.) pompy infuzyjne do podawania żywienia pozajelitowego **do części 19** (wartość 1 szt. wynosi [….] zł).

Użyczamy na cały okres trwania umowy [….] szt. (co najmniej 3) pomp do żywienia dojelitowego Flocare Infinity lub innych (o parametrach nie niższych niż wskazana) kompatybilnych z zaoferowanym sprzętem i dietami **do części 20** (wartość 1 szt. wynosi [….] zł).

Użyczamy, na cały okres trwania umowy [….] szt. parowników **do części 22 poz. 1-6** kompatybilnych z zaoferowanymi produktami. (wartość 1 szt. wynosi [….] zł).

Użyczamy, na cały okres trwania umowy [….] szt. (co najmniej 2 szt.) pompy infuzyjne do podawania żywienia dojelitowego **do części 34** (wartość 1 szt. wynosi [….] zł).

**\***należy zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

1. **Potwierdzenie spełnienia wymagań Specyfikacji Warunków Zamówienia.**
2. Oświadczamy, ze zapewniamy realizację zmówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w SWZ i  załącznikach do SWZ z terminem płatności 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
3. Czas, w którym zobowiązujemy się dostarczyć zamówioną partię towaru do Apteki Szpitalnej wynosi **2 dni robocze** od momentu pisemnego (e-mail) złożenia zamówienia przez Zamawiającego, natomiast w przypadku leków na „cito” w  czasie **nie dłuższym niż 6 godzin** od złożenia zamówienia
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej uwag i zastrzeżeń.
5. W składanej ofercie uwzględnione zostały wszystkie wyjaśnienia i zmiany w SWZ opublikowane przez Zamawiającego do terminu składania ofert.
6. Oświadczamy, że zawarte w SWZ „Projektowane postanowienia umowy”, w których określono warunki realizacji zamówienia, zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nich zaproponowanych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Oświadczamy, że dostarczony przedmiot zamówienia będzie miał **co najmniej 12 miesięczny termin ważności** od momentu dostarczenia do Apteki Szpitalnej. *Dostawy produktów z krótszym terminem ważności mogą być dopuszczone w wyjątkowych sytuacjach i każdorazowo zgodę na nie musi wyrazić kierownik Apteki*.
8. Gwarantujemy sukcesywne dostawy na koszt Wykonawcy.
9. Wszystkie leki zamieszczone w niniejszej ofercie posiadają stosowne certyfikaty lub inne pozwolenia dopuszczające ich stosowanie na terytorium RP lub UE oraz są bezpieczne w użyciu zarówno dla personelu medycznego jak i pacjentów.
10. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą 90 dni od dnia upływu terminu składania ofert tj. do dnia 19.12.2023 r.
11. **Oświadczam/y, że:**
12. **NIE UTAJNIAMY\***żadnych informacji zawartych w naszej ofercie;
13. **UTAJNIAMY\*** informacje zawarte w naszej ofercie, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa w zakresie:

* nazwa utajnionego dokumentu i zakres informacji *(podać)*: [….]

**\*** niepotrzebne skreślić

1. W związku z utajnieniem w/w dokumentów oświadczamy, że:

* wymienione wyżej informacje zostały w naszej firmie objęte ochrona jako nieujawnione, objęta tajemnicą przedsiębiorstwa,
* informacje te nie były nigdzie jawnie publikowane, nie stanowiły one części materiałów promocyjnych i  podobnych, ani nie zapoznawano z nimi innych jednostek gospodarczych i administracyjnych w trybie jawnym,
* zastrzeżenie niejawności w/w informacji jest nadal ważne,
* informacje te nie wchodzą w zakres informacji składanych w rejestrach sądowych przez spółki i przedsiębiorstwa, nawet jeśli nasza jednostka nie jest zobowiązana do składania takich dokumentów w sądach rejestrowych.

1. **Wykonawca zamierza powierzyć cześć zamówienia podwykonawcom: TAK / NIE1** - wskazać część zamówienia, [….] które Wykonawca zamierza powierzyć następującym podwykonawcom *(należy podać nazwy podwykonawców jeżeli są już znani)*: [….]

1niepotrzebne skreślić

1. **Wykonawca oświadcza, że wybór oferty** **BĘDZIE / NIE BĘDZIE2** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

2niepotrzebne skreślić

1. W przypadku gdy złożona oferta prowadziłaby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca obowiązkowo w ofercie wskazuje:
   1. nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego *(podać)*: [….]
   2. wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku *(podać)*: [….]
   3. wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie *(podać):* [….]
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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.U. UE L119 z 04,05,2016 r.str.1)
3. Oświadczam/y, że:

mikro przedsiębiorstwo

małe przedsiębiorstwo

średnie przedsiębiorstwo

jednoosobowa działalność gospodarcza

osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

inny rodzaj: [….]

**\***należy zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*Mikroprzedsiębiorstwo przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

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

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami 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.*

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby, którą należy wpisać do umowy jako osobę reprezentującą firmę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Pełniona funkcja** |
|  |  |

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko:** |  |
| 2. | **Adres e-mail:** |  |
|  | **Adres e-mail:** na który będą wysyłane zamówienia |  |
|  | **Adres e-mail:** na który będą wysyłane reklamacje |  |
|  | **Nr telefonu i adres e-mail:** na który będą wysyłane zamówienia cito „na ratunek” do części [….] poz. [….] |  |
| 3. | **Numer telefonu:** |  |
| 4. | **Numer faksu:** (jeżeli dotyczy) |  |

1. Integralną część niniejszej oferty jako załączniki stanowią poniższe oświadczenia i dokumenty:
2. ………………………………………..
3. ………………………………………..
4. ………………………………………..