

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY - PAKIET Nr 1

L.p.	Nazwa międzynarodowa	Postać	Dawka	Zamawiana ilość szt	Cena jedn.netto za op.	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto	Nazwa handlowa dawka, postać, producent,	wielkość oferowanego opakowania kod EAN
1	Voriconazolum	Tabl powlekane	200 mg	6600	195,70 zł	46 185,20 zł	8	49 880,02 zł	VORICONAZOLE SANDOZ 200MG*28 TABL.POWL., SANDOZ	28 szt., 5909991082192

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY - PAKIET Nr 6

L.p.	Nazwa międzynarodowa	Postać	Dawka	Zamawiana ilość szt	Cena jedn.netto za op.	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto	Nazwa handlowa dawka, postać, producent,	wielkość oferowanego opakowania kod EAN
1	Allopurinolum	tabl	100 mg	60000	5,43 zł	6 516,00 zł	8	7 037,28 zł	ALLUPOL 100MG*50 TABL., GEDEON RICHTER	50 SZT., 5909990109418
2	Allopurinolum	tabl	300 mg	12000	10,13 zł	4 052,00 zł	8	4 376,16 zł	ALLUPOL 300MG*30 TABL., GEDEON RICHTER	30 SZT., 5909991316228
RAZEM						10 568,00 zł		11 413,44 zł		

Miejscowość Katowice, dnia 20.06.2024 r.

**OFERTA
DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO
IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy NEUCA S.A.

Siedziba ul. Forteczna 35-37, 87-100 Toruń

REGON 870227804 NIP 8790017162

Tel. 789 803 634 e-mail aleksandra.lazar@neuca.pl

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym w zakresie złożonej oferty: Aleksandra Lazar

Tel. 789803634 e-mail aleksandra.lazar@neuca.pl

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym w zakresie realizacji zamówień: Marta Kryska

Tel. 32 784 54 44 e-mail szpital@neuca.pl**Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej**

W nawiązaniu do ogłoszenia o postępowaniu na dostawę leków oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji warunków zamówienia za cenę:

Nr pakietu	Cena netto	VAT %	Cena brutto
1	46 185,20 zł	8	49 880,02 zł
6	10 568,00 zł	8	11 413,44 zł

Dodatkowe oświadczenia

- Oświadczam, że oferowana cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
- Oświadczam, że ~~nie podlegam wykluczeniu~~ / ~~podlegam wykluczeniu~~ z postępowania na podstawie art.108 ust.1, 2, 4 (~~niepotrzebne skreślić~~)
- Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
- Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 90 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że w przypadku oferowania leku w amputkach siła łamiąca oferowanych ampułek jest zgodna z wymaganiami normy PN-EN ISO 9187-1:1 2011 lub PN-EN ISO 9187-2 2011
- 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

- 7) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO
- 8) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i projektem umowy, stanowiącym załącznik do Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
- 9) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO ¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *
- 10) **Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**

- ☐ Jestem mikroprzedsiębiorstwem
- ☐ Jestem małym przedsiębiorstwem
- ☐ Jestem średnim przedsiębiorstwem
- X Jestem dużym przedsiębiorstwem

11) Czy Wykonawca pochodzi z innego niż Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej:

- ☐ TAK Skrót literowy Państwa:
- X NIE

12) Czy Wykonawca pochodzi z państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej:

- ☐ TAK Skrót literowy Państwa:
- X NIE

Uwaga: zaznaczyć odpowiednie.

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

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

Przez Średnie przedsiębiorstwa rozumie się: 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.

Powyższe informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych

Katowice, dnia 20.06 2024 roku

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).

* 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 wykonawcy nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

OŚWIADCZENIE SKŁADANE RAZEM Z OFERTĄ

Zamawiający:

SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-027 Katowic ul. Francuska 20/24

Wykonawca:

NEUCA S.A.
Ul. Forteczna 35-37 87-100 Toruń
NIP 8790017162
KRS 0000049872
REGON 870227804
*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:
NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

Aleksandra Lazar – pełnomocnik
*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.

Prawo zamówień publicznych (Dz.U. poz. 2019 ze zm),

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o **sygn. sprawy: ZP-24-060BN** prowadzonego przez SPSKM w Katowicach, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

Oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp. i art.7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835), w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania

podpis wykonawcy

UWAGA:

Poniższe oświadczenie wykonawca wypełnia jedynie w sytuacji gdy zachodzą podstawy do wykluczenia.

~~Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ustawy Pzp) Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:~~

.....

.....

.....

.....

(podpis Wykonawcy)