**Załącznik do Zapytania ofertowego**

…………………………, dnia ………………………..

**OFERTA**

**dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**

**w Warszawie**

**I. Dane Wykonawcy**

1. Pełna nazwa
2. Adres
3. Województwo
4. Telefon: ………………………………………….…… mail:
5. Regon ……………………………………..………….. NIP
6. Osoba reprezentująca Wykonawcę

**II. Przedmiot oferty**

**Dostawa Farycymabu**

do Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Sierakowskiego 13.

Szczegółową specyfikację zawiera formularz asortymentowo-cenowy stanowiący *załącznik nr 1* do niniejszej oferty.

**III. Cena oferty w PLN**

**Cena oferty zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 1 wynosi:**

Wartość netto ................................ PLN + ............ % VAT = wartość brutto ...................................... PLN

(słownie netto:........................................................................................................................................)

(słownie brutto:.......................................................................................................................................)

Powyższa kwota zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem niniejszego zamówienia, w tym koszty:

1) oferowanych produktów,

2) transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie przy ul. Sierakowskiego 13

3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami

**IV.** **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**

Dostawy towarów będą realizowane sukcesywnie w ciągu **4 miesięcy** od daty zawarcia umowy zgodnie z potrzebami szpitala. Dostawy towaru następować będą w ciągu 2 dni roboczych od dnia zamówienia towaru a w przypadkach nagłych (szczególnych), w dniu następnym od dnia zamówienia po uprzednim uzgodnieniu takiej dostawy.

**V.** **Gwarancja jakości**

Gwarancja jakościowa na poszczególne pozycje przedmiotu zamówienia zostanie udzielona na okres 9 miesięcy od daty dostawy.

**VI**. **Termin płatności**

Termin płatności liczony od daty dostawy i wpływu prawidłowo wystawionej faktury do Zamawiającego określa się na **30** dni na warunkach określonych we wzorze umowy.

**VII**. **Ważność oferty**

30 dni licząc od daty złożenia oferty.

**VIII. Załączniki:**

1. ………………………………………
2. ………………………………………

**IX .** Poniższe dokumenty są integralną częścią niniejszej oferty:

1. ………………………………………
2. ………………………………………
3. ………………………………………

**Formularz ofertowy należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.**

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis przedmiotu zamówienia** | |  |  |  | **Oferta** |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa międzynarodowa/opis przedmiotu zamówienia** | **j.m.** | **Ilość wymagana** | **Uwagi** | **Nazwa, postać, dawka zaoferowanego opakowania** | **Kod EAN** | **Ilość zaoferowana** | **Cena jedn. netto zaoferowanego op.** | **Cena jedn. brutto zaoferowanego op.** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Farycymab 0,0288 g/0,24 ml -> 0,006 g/0,05 ml x 1 fiol. + igła | op. | 70 | Zaoferowany produkt leczniczy musi mieć możliwość rozliczenia w programie lekowym B.70 |  |  |  |  |  |  |  |

..............................................................................

**Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.**