|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |
| --- |
| **OFERTA****dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego****03-709 Warszawa, ul. Józefa Sierakowskiego 13**złożona w ramach postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity – Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.), którego przedmiotem jest:**DOSTAWA LEKÓW****- postępowanie uzupełniające**(Nr sprawy – ZP/09/2019) |
| **I. DANE WYKONAWCY:**Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: **……………..…………………………………………………………………………………………………………..……………….**Wykonawca/Wykonawcy:**……………..……………..………………………………………….……….……………….…****………………………………………………………………………………………………………..…….………………………….**Adres:**………………………………………………………………………………………………………..……..……..……..…... …….………………………………wa na Wykonawcyania,ac rozwojowych (Dz. owych na inwestycje w zakresie dużej infrastrukt.………………………………………………………………………………………………………………………………..……….**Województwo **: …………………………………………………………………………………………………………………..**REGON ……………………………………………………. NIP …………………………………………………………………….Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: **.…………………………………………..……………….**Wykonawca na Platformie Zakupowej wskaże adres e-mail, na który będą wysyłane komunikaty systemowe w związku z korespondencją przekazywaną w ramach niniejszego postępowania za pośrednictwem platformy. Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ……………..**………………………………………………………………………………………………………………….…………** |
| **II. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:****Dostawa leków w zakresie n/wym. pakietu/ów :**……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….. szczegółowo określonych w wypełnionym formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej oferty. |
| **III. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**Niniejszym oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*\*nia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*riumma w rozdziale III SIWZmacją o podstawie do dysponowania tymi osobami, konania zamówienia, a:**1) pakiet nr 1 – Bevacizumabum** Wartość netto ..............................PLN + …...... % VAT = wartość brutto .................................................PLN (słownie netto:.................................................................................................................................................................) (słownie brutto:...............................................................................................................................................................)**2) pakiet nr 2 – Ranibizumab**Wartość netto ..............................PLN + …...... % VAT = wartość brutto .................................................PLN (słownie netto:.................................................................................................................................................................) (słownie brutto:...............................................................................................................................................................)**3) pakiet nr 3 – Voriconazole** Wartość netto ..............................PLN + …...... % VAT = wartość brutto .................................................PLN (słownie netto:.................................................................................................................................................................) (słownie brutto:...............................................................................................................................................................)**4) pakiet nr 4 – Povidone-Lodine**Wartość netto ..............................PLN + …...... % VAT = wartość brutto .................................................PLN (słownie netto:.................................................................................................................................................................) (słownie brutto:...............................................................................................................................................................)**5) pakiet nr 5 – Chlorowodorek proksymetakainy**Wartość netto ..............................PLN + …...... % VAT = wartość brutto .................................................PLN (słownie netto:.................................................................................................................................................................) (słownie brutto:...............................................................................................................................................................)\***Łączna cena ofertowa** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ,  w tym m. in.. 1) cenę oferowanych produktów, 2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego się  w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Józefa  Sierakowskiego 13, 3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami.  |
| **IV. OŚWIADCZENIA:**1**. Gwarancja jakościowa dostarczanych leków** Minimalny termin ważności oferowanych leków wynosić będzie 12 miesięcy od daty  dostawy.   2. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  Dostawy leków następować będą sukcesywnie w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia  umowy. Realizacja dostaw odbywać się będzie zgodnie z potrzebami Szpitala w terminie nie  dłuższym niż 2 dni roboczych od chwili złożenia zamówienia, a w przypadku konieczności  zrealizowania dostawy „na cito” realizacja nastąpi w ciągu 24 godzin.  3. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 4. Dostawy objęte przedmiotem zamówienia zamierzamy wykonać: □ własnymi siłami\* □ powierzyć wykonanie n/wym. części zamówienia podwykonawcom\*:....................................................................................................................................................................................... *(zakres i wartość części zamówienia, która realizowana będzie przez podwykonawcę)* *\* zazanaczyć właściwe* 5. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy  i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte. 6. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert.  7. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach  opisanych we wzorze umowy w terminie do **30 dni** od daty otrzymania przez  Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.9. **Oświadczamy,** że jesteśmy małym lub średnim przedsiębiorstwem\* □ TAK □ NIE \* zaznaczyć właściweMikroprzedsiębiorstwo: 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**. |
| **V. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez  Zamawiającego; 2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji  umowy będzie: ............................................................................................................................................................. e-mail:………...……........……..……… tel…………………………..……..….fax: ....................................................…..; |
| **VI. ZAŁACZNIK DO OFERTY:**Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. .........................................................................................................................................................
2. .........................................................................................................................................................
3. .........................................................................................................................................................
4. .........................................................................................................................................................
5. ………………………………………………………………………………………………………………

Oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach. |
| Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców. |