|  |
| --- |
|  **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, którego przedmiotem jest:**DOSTAWA LEKÓW****do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego** |
| **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 …………………………………………………………………….KRS …………………………………………………………………….. /jeśli dotyczy/Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: **.…………………………………………..……………….**Dane teleadresowe Wykonawcy: Tel. ………………………………………………….…………….. Faks**……………………………………………..……………**e-mail **………………………………………………………………………ji o ……………………………………………………………………………………………………….**Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ……………..**……………………………………………………………………………………………………………….…………** |
| **II. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**W ramach niniejszego zamówienia oferujemy leki określone w n/wym. pakietach:**………………………………………………………………………………………………………………………………****………………………………………………………………………………………………………………………………****………………………………………………………………………………………………………………………………**Szczegółową specyfikację leków zawiera formularz asortymentowo-cenowy stanowiący 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 – Leki oczne -Ranibizumab** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**2) pakiet nr 2 – Leki oczne - Aflibercept** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**3) pakiet nr 3 – Leki oczne - Adalimumab** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**4) pakiet nr 4 – Leki oczne - Carbachol**  Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**5) pakiet nr 5 – Leki oczne – Cefuroksym roztwór wstrzyknięcia do oka**  Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**6) pakiet nr 6 – Leki oczne - Roztwór do wstrzyknięcia do oka (Tropicamid, Phenyephrine,**  **Lidokaine)** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**7) pakiet nr 7 – Leki oczne – krople i maści** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**8) pakiet nr 8 – Antybiotyki I** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**9) pakiet nr 9 – Antybiotyki II** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**10) pakiet nr 10 – Antybiotyki III - Voriconazol** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**11) pakiet nr 11 – Leki iniekcyjne** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**12) pakiet nr 12 – Leki - Methylprednisolon** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**13) pakiet nr 13 – Leki - Dexametazon** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**14) pakiet nr 14 – Leki - Alteplase** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**15) pakiet nr 15 – Leki - Enoksaparyna** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**16) pakiet nr 16 – Leki - Bevacizumab**  Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**17) pakiet nr 17 – Leki – 5-Fluorouracyl** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**18) pakiet nr 18 – Leki - Mitomycyna** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**19) pakiet nr 19 – Leki ogólne I** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**20) pakiet nr 20 – Leki ogólne II** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**21) pakiet nr 21 – Leki odkażające** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)**22) pakiet nr 22– Igły do penów i aplikatory do leków cytostatycznych** Wartość netto ..............................PLN + ........... % VAT = wartość brutto ......................................PLN (słownie brutto:....................................................................................................................................................)\***Łączna cena ofertowa** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ,  w tym w szczególności: 1) cenę oferowanych produktów leczniczych, 2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego  się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie,  ul. Marszałkowska 24/26, 3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami.  |
| **IV. OŚWIADCZENIA:**1. **Oświadczamy,** że wszystkie zaoferowane produkty lecznicze uzyskały pozwolenie na  dopuszczenie do obrotu i zostały wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych  Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – zgodnie z wymogami  ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo Farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r.  poz. 499) 2. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  Dostawy towaru następować będą sukcesywnie w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia  umowy na warunkach szczegółowo określonych w SIWZ i wzorze umowy.3. **Gwarancja jakościowa/termin ważności** na poszczególne pozycje przedmiotu  zamówienia liczony od daty dostawy wynosić będzie minimum …………. miesięcy. 4. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 5. 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* 6. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy  i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte. 7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert.  8. 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. **Wpłata wadium** Wadium w wysokości ………………………………… **PLN**  (słownie: …………………………………………………………………………….…………………………**złotych**),  zostało wniesione w dniu ............................, w formie: …..……...................................................................10. Prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46  ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………....................................................................…… |
| **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. ……………………………………………………………………………………………………………..
6. ………………………………………………………………………………………………………………

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