**Załącznik nr 1a do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY**  **- w zakresie pakietów nr 1 - 8** |

|  |
| --- |
| **OFERTA**  **dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**  **03-709 Warszawa, ul. Józefa Sierakowskiego 13**  złożona w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego  w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. –  Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.), którego przedmiotem jest:  **DOSTAWA PRODUKTÓW LECZNICZYCH, PŁYNÓW INFUZYJNYCH**  **I WYROBÓW MEDYCZNYCH**  **do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego** |
| **I. DANE WYKONAWCY:**  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: ……………..…………………………………………………………………………………………………….………..…..…………  Wykonawca/Wykonawcy:……………..……………..…………………………………………...……….……………….  ………………………………………………………………………………………………………..……….………………………….  Adres:………………………………………………………………………………………………………..……..……..…….....  Województwo **:** ……………………………………………………………………………………………………………………  REGON ……………………………………………………. NIP ……………………………………………………………………  KRS NR …………………………………………../jeśli dotyczy/  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .……………….…………………………..…………..  Dane teleadresowe: tel. …………………………………… e-mail ……….……………..……………………………………………  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:**  Przedmiot zamówienia obejmuje **dostawę leków**  w zakresie pakietu/ów nr ……………………. szczegółowo określonych w wypełnionym formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr ………………….. do niniejszej oferty. |
| **III. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**  Niniejszym oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\* za  **1) pakiet nr 1 – Leki oczne – krople i maści**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **2) pakiet nr 2 – Antybiotyki I**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **3) pakiet nr 3 – Antybiotyki II**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **4) pakiet nr 4 – Leki iniekcyjne**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **5) pakiet nr 5 – Leki - Dexametazon**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **6) pakiet nr 6 – Leki ogólne I**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **7) pakiet nr 7 – Leki ogólne II**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **8) pakiet nr 8 – Leki odkażające**  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 SWZ, w tym m. in.:  1) cenę oferowanych leków,  2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego się  w tymczasowej siedzibie Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego  w Warszawie, przy ul. Marszałkowskiej 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 2022r. poz. poz. 2301 ze zm.)lub  pozwolenia wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską *(zastosowanie dla części*  *postępowania, których przedmiotowe przepisy dotyczą)* – **PRODUKTY LECZNICZE**   * Wszystkie zaoferowane wyroby medyczne będą posiadały aktualne i ważne przez cały czas trwania umowy dokumenty (deklarację zgodności UE o spełnieniu wymagań zasadniczych oraz certyfikat CE/certyfikat CE IVD jednostki notyfikowanej/ jeśli dotyczy), potwierdzające wprowadzenie oferowanego przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z obowiązującym prawem – **WYROBY MEDYCZNE**   **□ dotyczy pakietu nr 1, poz. …………….**/ w przypadku zaoferowania wyrobów z poz. 39,50,53/  **□ dotyczy pakietu nr 6, poz. 49**  *\* zaznaczyć właściwe*    2**. Gwarancja jakościowa obejmująca termin ważności** na poszczególne pozycje przedmiotu  zamówienia liczona od daty dostawy każdej zamówionej partii towaru wynosić będzie nie  mniej niż **24** **miesiące.**  3. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  Dostawy towaru następować będą sukcesywnie w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia  umowy na warunkach szczegółowo określonych w SWZ i wzorze umowy. Realizacja  dostaw częściowych odbywać się będzie zgodnie z potrzebami szpitala:   * w czasie nie dłuższym niż 2 dni robocze od daty zamówienia każdej partii towaru * w czasie 24 godzin w przypadku konieczności zrealizowania dostawy na „cito”   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)*  *\* zaznaczyć właściwe*  6. Zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń  oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.  7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **90 dni** licząc od dnia otwarcia ofert,  tj. do dnia **17.06.2023 r.**  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. **Oświadczamy,** że jesteśmy :\*  □ mikroprzedsiębiorstwem  □ małym przedsiębiorstwem  □ średnim przedsiębiorstwem  □ □ inne  \* *zaznaczyć właściwe*  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**. |
| **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. ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.** |