**Załącznik nr 1b do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY****- w zakresie pakietów nr 9 - 11** |

|  |
| --- |
| **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 z programów lekowych** 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 9 – Leki oczne - Aflibercept** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**2) pakiet nr 10 – Leki oczne - Brolucizumab** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**3) pakiet nr 11 – Leki oczne - Dexamethazone** 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 posiadają aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu – zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.) 2. Gwarancja jakościowa obejmująca termin ważności na poszczególne pozycje przedmiotu  zamówienia liczona od daty dostawy każdej zamówionej partii towaru wynosić będzie nie  mniej niż 12 miesięcy. 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. ZAŁĄCZNIKI 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.** |