**Załącznik nr 1b do SWZ**

***Do wykorzystania w przypadku składania ofert na dostawę leków***

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

|  |
| --- |
| **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 podstawowym bez negocjacji zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129), którego przedmiotem jest:**PRZETARG UZUPEŁNIAJĄCY NA DOSTAWĘ LEKÓW, WYROBÓW MEDYCZNYCH**  **I ODCZYNNIKÓW CHEMICZNYCH****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 n/wym. pakietu/ów **:** …….……...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….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 5 – Amphotericin B 50mg/fiol.** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**2) pakiet nr 6 – Ciclosporin 50 mg kaps.**( Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**3) pakiet nr 7 – Fluorescein inj. 10%/5ml** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................) **4) pakiet nr 8 – Fluorouracil 1g/20ml inj.**Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto .................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**5) pakiet nr 9 – Carbacholi chloridum 0,1mg/ml** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto .................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................) **6) pakiet nr 10 – Etomidate roztwór wodny 20mg/10ml** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto .................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................) **7) pakiet nr 11 – Brolucizumabum 12 mg/ml** 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 produktów leczniczych, 2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego się  w 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 2019 r.  poz. 499)  2**. Gwarancja jakościowa** na poszczególne pozycje przedmiotu zamówienia liczona od daty  dostawy wynosić będzie nie mniej niż **24** **miesiące.**3. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  Dostawy towaru następować będą sukcesywnie w ciągu 18 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 terminie nie  dłuższym niż 2 dni robocze od daty zamówienia każdej partii towaru.  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 **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert,  tj. do dnia **17.02.2022 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. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

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