Załącznik Nr 1

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A – pakiet …..**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Numer telefonu / faxu** …………………………………………………………………………………

**Adres e-mail** ............................................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ……………………………………………………………………….……………

**Adres szkrzynki ePUAP Wykonawcy** ……………………….………………………………………..

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II; 05-825 Grodzisk Mazowiecki; ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na **dostawę leków 2021/22** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

Opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu **02.11.2020** r. pod nr **2020/S 213-521174** oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* 1. Oferuję wykonanie zamówienia

**Pakiet nr ……**

* za cenę (netto) ................................. zł.
* podatek VAT ................................. zł.
* cena brutto ................................. zł.
* Słownie brutto: ...................................................................................................................

.......................................................................................................złotych

**Pakiet nr ……**

* za cenę (netto) ................................. zł.
* podatek VAT ................................. zł.
* cena brutto ................................. zł.
* Słownie brutto: ...................................................................................................................

.......................................................................................................złotych

wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – **zał. Nr ......**

* 1. W terminie: **24 miesiące** od daty podpisania umowy. Dostawy realizowane będą sukcesywne w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty otrzymania zamówienia jednostkowego (do godz. 11:00). Dostawy „cito” realizowane będzie maksymalnie do 6 godzinod otrzymania zamówienia. Zamówienia składanę będą drogą elektroniczną/faksową.
  2. przy warunkach płatności ........ dni / wymagany termin płatności minimum : **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni /
  3. terminem ważności: …… miesięcy/ min. 12 miesięcy liczony od dnia dostawy/

1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zostały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
4. Wadium w kwocie ………….. zostało wniesione w dniu …………w formie …………………….

Nr konta , na które należy zwrócić wadium : ……………………………………………...………

1. Oświadczam, że oferowane leki posiadają stosowne **certyfikaty i atesty**, a w przypadku leków i wyrobów medycznych zostały umieszczone w urzędowy wykaz produktów leczniczych posiadających dopuszczenie do obrotu na terenie RP lub posiadają aktualny wpis do Rejestru Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych dopuszczające do stosowania zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na żądanie Zamawiającego, Wykonawca przedłoży kopie atestów, certyfikatów lub wpisów do rejestrów potwierdzone „ za zgodność z oryginałem”.
2. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam systemu zaagregowanych danych do weryfikacji autentyczności - KOWAL ze wskazaniem pakietów w których system zostanie zastosowany.
3. Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

...........................................................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

...........................................................................................................................................................

Zamówienia będą składane drogą elektroniczną/faksem na adres/nr

……………………………….……@…………………...…………; fax. nr: …………………….

1. Wykonawca jest **małym \*/średnim \*/ dużym \*/ przedsiębiorstwem**

***\*niepotrzebne wykreślić***

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):

* wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
* wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów / usług: ………………………………………………

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………… zł netto\*.

\*dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:

* wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
* mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,
* importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.

1. Załączniki do oferty:
2. ...........................................................................................................................................................
3. ……………………………………………………………………………………………………...
4. ……………………………………………………………………………………………………...

.....................................................................

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

**Uwaga; Pola wykropkowane proszę wypełnić czytelnie**

###### Załącznik Nr 2

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY – Pakiet ….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa produktu z SIWZ** | **Nazwa produktu, która będzie wpisana na fakturze** | **Ilość**  **z SIWZ** | **J.m** | **Cena jedn.**  **netto zł.** | **Cena netto**  **zł.** | **VAT**  **%** | **Kwota**  **VAT** | **Cena brutto**  **zł.** | **Kod EAN - przy każdej pozycji asortymentu lekowego.** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| itd |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  |  |  |  |  |

UWAGA:

Dotyczy tabletek. Zamawiający dopuszcza możliwość różnego rodzaju konfekcjonowania, jednak wymaga jednoznacznego określenia w formularzu cenowym ilości proponowanych jednostek zamówienia w opakowaniu – pełne opakowania (należy podać ilość tabletek, ampułek, fiolek itp. w opakowaniu oraz cenę jednego opakowania).

.............................................................

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

***UWAGA: W przypadku gdy Wykonawca złoży ofertę na kilka pakietów, „FORMULARZ CENOWY” należy wypełnić na każdy pakiet osobno.***

**Załącznik nr 3**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawa leków 2021/22**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Wskazanie wykonawcy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

………………………………………………………………

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

***UWAGA!***

***Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty.***