

IZP.2411.123.2024.JG

**Formularz oferty****do. postępowania pn. „Zakup i dostawa leków onkologicznych dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”****1. Dane Wykonawcy:**

SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

ul. Gen. Kazimierza Pułaskiego 9, kod pocztowy i miasto 40-273 Katowice

województwo śląskie kraj Polska

REGON 271059470 NIP 6340125442

tel. (32) 788 55 96 e-mail [przetargi@salusint.com.pl](mailto:przetargi@salusint.com.pl)

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego\* przez Sąd Rejonowy w Katowicach VIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS: 0000143136, kapitał zakładowy: 111 000,00 zł

~~Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*~~*\* niepotrzebne skreślić*

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpisze:

Magdalena Łunarzewska – prokurent samoistny

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

Imię i nazwisko oraz tel. kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: Klaudia Szarwark pracownik działu szpitalnego/pełnomocnictwo

**2. Dane Wykonawcy:**

.....

ul. .... kod pocztowy i miasto .....

kraj ..... REGON ..... NIP .....

\* w przypadku potrzeby powielić liczbę wierszy dotyczących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

**Pakiet nr 1 – CHLORAMBUCILUM**

netto 2 925,20 zł słownie dwa tysiące dziewięćset dwadzieścia pięć złotych dwadzieścia groszy  
+ VAT 8%

brutto 3 159,22 zł słownie trzy tysiące sto pięćdziesiąt dziewięć złotych dwadzieścia dwa grosze

**Pakiet nr 2 – CAPECITABINUM 150 mg tabletki powlekane**

netto 10 982,40 zł słownie dziesięć tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt dwa złote czterdzieści groszy

+ VAT 8%

brutto 11 860,99 zł słownie jedenaście tysięcy osiemset sześćdziesiąt złotych dziewięćdziesiąt dziewięć groszy

**Pakiet nr 3 – NINTEDANIBUM**

netto ..... zł. słownie .....

+ VAT.....

brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 4 – NINTEDANIBUM**

netto ..... zł. słownie .....

+ VAT.....

brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 5 – MITOXANTRONUM**

netto ..... zł. słownie .....

+ VAT.....

brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 6 – Enfortumab wedotyny**

netto ..... zł. słownie .....

+ VAT.....

brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 7 – DOXORUBICINUM**

netto ..... zł. słownie .....

+ VAT.....

brutto ..... zł. słownie .....

☐ Trwałość leku po pierwszym zakłuciu fiolki: do 24 godzin.

☐ Trwałość leku po pierwszym zakłuciu powyżej 24 godzin (jeżeli czynności były wykonywane w zwalidowanych, aseptycznych warunkach)  
(właściwie zaznaczyć)

Informacja o trwałości leku po pierwszym zakłuciu musi być zawarta w **Karcie Charakterystyki Produktu Lekniczego**, którą należy dołączyć do oferty.

**Ww. dokument jest wymagany na okoliczność potwierdzenia spełnienia kryterium oceny oferty i nie będzie on uzupełniany w przypadku jego niedostarczenia wraz z ofertą.**

**Pakiet nr 8 – BICALUTAMIDUM**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 9 – BLEOMYCINI SULPHAS**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 10 – IXAZOMIBUM**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 11 – PLERIXAFORUM**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 12 – PAZOPANIBUM 200 mg**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 13 – Melphalan**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 14 – Niwolumab + Relatlimab**

netto ..... zł. słownie .....  
+ VAT.....  
brutto ..... zł. słownie .....

**Pakiet nr 15 – BRENTUXIMABUM VEDOTINUM**

netto ..... zł. słownie .....

+ VAT.....

brutto ..... zł. słownie .....

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod względem wielkości nasza firma jest:  
*mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem*<sup>1</sup>.
2. Oświadczamy, że cena ofertowa w odpowiedniej części zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, które poniesie Zamawiający i w toku realizacji zamówienia nie ulegnie zmianie.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i akceptujemy określone w niej warunki oraz zasady postępowania.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty wyrażamy zgodę na realizację zamówienia w terminach określonych powyżej lub w przypadku braku takiego wskazania w terminach określonych w SWZ.
7. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy sami/~~z udziałem podwykonawców~~<sup>2</sup>  
(podać pełną nazwę firmy) ..... w następującym zakresie .....
8. Oświadczamy, iż wybór naszej oferty prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług w zakresie ....., o wartości netto ..... złotych.<sup>3</sup>
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
10. Oświadczamy, że wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do SWZ, został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>4</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>5</sup>.
12. Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.
13. Termin płatności: **30 dni** od daty wystawienia faktury.
14. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty (art. 297 Kodeksu Karnego).
15. Załącznikami do niniejszej oferty są:

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> wypełnić jeśli dotyczy

<sup>3</sup> wypełnić jeśli dotyczy

<sup>4</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

<sup>5</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

- Formularz asortymentowo-cenowy
- JEDZ
- Oświadczenie
- Chpl
- Pełnomocnictwo

16. Nasze dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:

imię i nazwisko osoby do kontaktu: Dorota Sporysz Kupras

nr telefonu: (32) 788 55 75

adres e-mail: [zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl](mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl)