

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

Optifarma Sp. z o. o. Sp. K.

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Sokołowska 14, kod pocztowy 05-806 miejscowość: Sokołów,
województwo: Mazowieckie Kod NUTS: PL913 - Warszawski zachodni
REGON: 142397384 NIP: 5342445305

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

Tel: 22-2252690/91, e-mail: przetargi@optifarma.com

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:

Ewelina Pacuła-Kucharska – Specjalista ds. Zamówień Publicznych i Importu Docelowego – upoważniona do podpisu na podstawie pełnomocnictwa

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

Ewelina Pacuła-Kucharska – Specjalista ds. Zamówień Publicznych i Importu Docelowego – upoważniona do podpisu na podstawie pełnomocnictwa

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK/ NIE***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK/ NIE***
- Rodzaj Wykonawcy: ☐ mikroprzedsiębiorstwo ☒ małe przedsiębiorstwo ☐ średnie przedsiębiorstwo¹ ☐ jednoosobowa działalność gospodarcza ☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej ☐ inny rodzaj*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE***

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia na **zakup i dostawy produktów leczniczych, gazów medycznych, płynów infuzyjnych oraz materiałów do**

¹ (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **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 przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

procedzenia terapii nerkozastępczej wraz z dzierżawą aparatu nerkozastępczego dla SPS ZOZ w Lęborku SKŁADAM OFERTE na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i projektem umowy, na następujących warunkach:

Część nr 17:

Wartość netto: 9 200,00 zł , co stanowi wartość brutto: 9 936,00 zł podatek VAT 8 %

Część nr 63:

Wartość netto: 2 200,90 zł , co stanowi wartość brutto: 2 376,97 zł podatek VAT 8 %

W załączeniu wypełniony Arkusz asortymentowo - cenowy (Załącznik nr 2 do SWZ) oraz Parametry techniczne aparatu do ciągłych terapii nerkozastępczych (Załącznik nr 3) – dotyczy części nr 59

Informuje, iż wybór oferty ~~będzie prowadzić~~ /nie będzie prowadzić* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług:

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku:

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie:

2. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturach powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.

3. Przewiduję/-my powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE ***

lp	Nazwa/firma podwykonawcy	Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia

4. Oświadczamy, że:

- 1) zaoferowane wyroby medyczne spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych oraz posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy) oraz Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu. Na każde żądanie Zamawiającego udostępnimy w/w dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania

pisemnego wezwania / zaoferowane wyroby w zakresie części nr nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim.

2) zaoferowane produkty lecznicze spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 06.09.2001 r. Prawo Farmaceutyczne, są zarejestrowane w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z art. 3 i 4a cyt. ustawy. Na każde żądanie Zamawiającego, udostępnimy w/w dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania / ~~zaoferowane produkty w zakresie części nr nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako produkty lecznicze w rozumieniu Prawo Farmaceutyczne, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim.~~

3) zaoferowane produkty lecznicze w **części nr 17** oraz **części nr 63, poz. 2** sprowadzane do Polski w ramach importu interwencyjnego, są dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium RP na podstawie dopuszczenia Ministra Zdrowia. W przypadku dostaw produktów leczniczych sprowadzanych na import interwencyjny stosowane będą przepisy art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301).

Oświadczamy, że na każde wezwanie Zamawiającego, przedstawimy stosowne dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania.

5. Oświadczam/-y, że:

- 1) zapoznałem/-liśmy się i akceptuję/-my w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym postanowienia Wzoru umowy;
- 2) uzyskałem/-liśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem/-śmy związany/-i niniejszą ofertą przez okres wskazany w dokumentach zamówienia;
- 4) zobowiązuję/-my się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;

6. ~~wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/-liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. – nie dotyczy 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 lub wskazanie „nie dotyczy”)~~

7. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/-my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie:

..... —
nie dotyczy

* **niepotrzebne skreślić**

UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty podpisem kwalifikowanym zaznaczyć opcję widoczności podpisu.