

## FORMULARZ OFERTY

**Szpital św. Anny w Miechowie**

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego nr **22/PN/2023 Dostawa leków do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie.**

my niżej podpisani:

Delfarma Sp. z o.o.

działając w imieniu i na rzecz:

ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 111, 91-222 Łódź, REGON: 473206703, NIP: 9471902089  
(**nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców NIP, REGON**; w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę).

**1. Składamy ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.

**2. Oświadczamy**, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem Pełnomocnikiem do reprezentowania nas w postępowaniu:

\_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_

(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnika)

**3. Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

**4. Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Rozdziałem II SWZ „Ochrona danych osobowych”.

**5. Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**6. Zobowiązujemy się** do realizacji umowy w terminie określonym w SWZ.

**7. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:**

**1) grupa nr 27** za kwotę w wysokości: 16 800,00 złotych netto, co stanowi 18 144,00 złotych brutto, obliczoną na podstawie załącznika asortymentowo-cenowego stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ, który jest integralną częścią Formularza Oferty.

**2) grupa nr 30** za kwotę w wysokości: 72 368,50 złotych netto, co stanowi 78 157,98 złotych brutto, obliczoną na podstawie załącznika asortymentowo-cenowego stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ, który jest integralną częścią Formularza Oferty.

**8. Termin płatności 60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT

**9. Uważamy się** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**10. Wnieśliśmy wadium** w wysokości \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_ zł, w formie \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_. W przypadku zaistnienia jednej z przesłanek określonych w art. 98 ustawy Pzp, wadium wniesione w formie pieniądza należy zwrócić na rachunek o numerze: \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_ prowadzonym w banku \_\_\_\_\_ nie dotyczy \_\_\_\_\_.

**11. Zamówienie zrealizujemy sami/ przy udziale Podwykonawców\*.**

Podwykonawcom zamierzamy powierzyć do wykonania następujące zakresy zamówienia:

\_\_\_\_\_ (opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)

Podwykonawcą będzie firma \_\_\_\_\_

(należy wpisać nazwę i dane adresowe podmiotu).

**12. Oświadczam, iż jestem (należy zaznaczyć znakiem X):**

mikroprzedsiębiorstwem	
małym przedsiębiorstwem	
średnim przedsiębiorstwem	<b>X</b>
jednoosobową działalnością gospodarczą	
osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej	
inny rodzaj.....(jaki?)	

**13. Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego UE?** ~~Tak~~/Nie \*

**14. Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem UE?** ~~Tak~~/Nie \*

**15. Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Istotnymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi Załącznik nr 7 do Specyfikacji Warunków Zamówienia. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**16. Wszelką korespondencję** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko Ewa Mikinko

Telefon: 42 61 32 862

Faks: \_nie dotyczy Adres e-mail: [szpitale@delfarma.pl](mailto:szpitale@delfarma.pl)

**17. Do oferty** załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

Zgodnie z wymaganymi w swz

---

podpis elektroniczny

\* - *niepotrzebne skreślić*