

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:

Ewelina Krakowska-Kalwinek

działając w imieniu i na rzecz:

Genesis Pharm Sp. z o. o. SP. K.

ul. Obywatelska 128/152, 94-104 Łódź, NIP: 7282721552; REGON: 100680279

*(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:

(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 20** za kwotę w wysokości: 12 850,00 złotych netto, co stanowi 13 878,00 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 _____ zł, w formie _____
W przypadku zaistnienia jednej z przesłanek określonych w art. 98 ustawy Pzp, wadium wniesione w formie pieniądza należy zwrócić na rachunek o numerze: _____
prowadzonym w banku _____.

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	X
średnim przedsiębiorstwem	
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 Ewelina Krakowska-Kalwinek

Telefon: +48/ 502 116 635

Faks: 42 7158 99 04 Adres e-mail: przetargi@genesishpharm.eu

17. Do oferty załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

- 1) Pełnomocnictwo
- 2) Oświadczenie własne Wykonawcy
- 3) Formularze cenowe
- 4) Oświadczenie – zał. nr 2
- 5) Zezwolenie GIF/koncesja

podpis elektroniczny

* - *niepotrzebne skreślić*