

## 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: Monika Wieliczko

Servier Polska Services Sp. z o.o.

działając w imieniu i na rzecz:

ul. Burakowska 14, 01-066 Warszawa, NIP: 527-236-74-67, REGON: 017488416

*(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 13** za kwotę w wysokości: 4.254,86 złotych netto, co stanowi 4.595,25 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	
średnim przedsiębiorstwem	
jednoosobową działalnością gospodarczą	
osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej	
inny rodzaj dużym przedsiębiorstwem (jaki?)	<b>X</b>

**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 Magdalena Waczkowska

Telefon: 600 080 024

Faks: BRAK Adres e-mail: [zamowienia.szpitala@servier.com](mailto:zamowienia.szpitala@servier.com)

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

Zgodnie z wymogami SWZ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis elektroniczny

\* - *niepotrzebne skreślić*