

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:

Marcin Gręblicki

działając w imieniu i na rzecz:

BL Medica Sp. z o. o. Sp. k.

Ul. Słoneczna 18, 72-123 Kliniska Wielkie

NIP 8561859304 REGON 366502502

*(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 **wspólna 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 49** za kwotę w wysokości: 11 430,00 złotych netto, co stanowi 12 344,40 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	X
małym przedsiębiorstwem	
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 Edyta Lange

Telefon: +48 91 852 11 02

Faks: +48 91 35 00 141 Adres e-mail: przetargi@blmedica.pl

17. Do oferty załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. Załącznik nr 2a – oświadczenie Wykonawcy
2. Załącznik nr 5 – formularz asortymentowo-cenowy
3. Ośw. o wyrobie
4. Ośw.o działalności
5. KRS Sp. z o. o. Sp. k.

podpis elektroniczny

* - *niepotrzebne skreślić*