

Załącznik nr 2 do SWZ. Wzór formularza ofertowego

Piaseczno, dnia 7.05.2024 r.

Nazwa i siedziba Oferenta
NEOMED POLSKA Sp. z o.o.

05-501 Piaseczno, ul. Orężna 6A

REGON: 147 10 76 23

Tel. 506 948 299

e-mail: dzp@neomedpolska.pl

OFERTA do Sprawy ZP/17/2024

W związku z ogłoszonym postępowaniem w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup i dostawy leków**, opublikowanego w Suplemencie do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej **209475-2024 z dnia 10.04.2024 r.**

Oferujemy przyjęcie do wykonania zamówienie zgodnie z przedmiotem zamówienia zał. Nr 1 do SWZ za cenę:

Pakiet nr. 18 - wartość netto 18 565,00 zł wartość brutto z 8% podatkiem VAT 20 050,20 zł

Słownie dwadzieścia tysięcy pięćdziesiąt złotych 20/100

W ZAŁĄCZNIKU PODAJEMY CENY JEDNOSTKOWE W POSZCZEGÓLNYCH PAKIETACH.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń, jak również posiadamy pełne informacje potrzebne i konieczne do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że dostarczony przez nas towar spełniać będzie wszystkie normy jakościowe, a w przypadku dostawy towaru złej jakości ponosimy za to pełną odpowiedzialność;
- Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
- Oświadczamy, że **posiadamy ważne Świadectwa Rejestracji oferowanych leków i zobowiązujemy się do natychmiastowego dostarczenia w/w świadectw na każde wezwanie zamawiającego.**
- Oświadczam, że** w razie wybrania oferty wykonawcy, jako najkorzystniejszej oferty, wykonawca zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy stanowiącym integralną część treści SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
- Oświadczamy, że przedmiotowe zamówienie wykonamy samodzielnie bez współudziału podwykonawców/~~lub powierzymy~~
podwykonawcy:
następujące części
zamówienia.....*
- Termin płatności (w dniach) 60 dni
- Całość zamówienie zrealizujemy w terminie – **24/12* miesięcy** od podpisania umowy.
- Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO*** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu,**
(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 należy oświadczenie wykreślić i pozostawić wyłączenie oświadczenie z pkt 12)
- Osoba/y do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie umowy:

1. Dział Handlowy telefon: 22 736 74 02(06) e-mail: dok@neomedpolska.pl

2., telefon:, e-mail:,

12. Na podstawie art. 225 Pzp informuję, że wybór oferty:

(właściwy wybór należy zaznaczyć wpisując w pole prostokąta znak X)

nie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego;

będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego:

- a) wskazuję nazwę (rodzaj) usługi, której dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego:
- b) wskazuję wartości usługi objętej obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku:
- c) wskazuję stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie:

14. Czy wykonawca jest*:

- mikroprzedsiębiorstwem,
 małym przedsiębiorstwem,
 średnim przedsiębiorstwem,
 jednoosobową działalność gospodarczą,
 osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
 inny rodzaj

* niepotrzebne skreślić/właściwe zaznaczyć

Wykaz dokumentów wchodzących w skład oferty:

Formularz asortymentowo cenowy

JEDZ

Oświadczenie wykonawcy