Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: ..................................................................................................................................................................................................................................

Siedziba: .....................................................kod...................................ul...............................................................................................................................

Województwo:......................................................................................................................................................................................................................

Nr telefonu/fax: ..................................................................................................................................................................................................................

http:// ..................................................... e-mail: .............................................................................................................................................................

NIP: ................................................... REGON....................................................................................................................................................................

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: **30-663 Kraków, ul. Wielicka 265**

## Zobowiązania Wykonawcy:

* + 1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawa produktów leczniczych 3 grupy**  zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi - zał. nr 3/ za cenę brutto:

|  |  |
| --- | --- |
| **GRUPA 1** | .................................................................................złsłownie.......................................................................................................................... |
| **GRUPA 1 A** | .................................................................................złsłownie.......................................................................................................................... |
| **GRUPA 2** | .................................................................................złsłownie.......................................................................................................................... |
| **GRUPA 3** | .................................................................................złsłownie.......................................................................................................................... |

* + 1. Zamówienie będzie realizowane sukcesywnie przez okres 24 miesięcy od daty podpisania umowy
		2. Oferowany okres niezmienności cen jednostkowych netto podanych w ofercie (po wymaganym 12 miesięcznym okresie) wynosi ……………………………………….. od daty podpisania umowy
		3. Termin płatności: ………dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania przez Zamawiającego towaru i prawidłowo wystawionej faktury.
		4. Oświadczamy, oferowane produkty lecznicze będą posiadały minimum 12 miesięczny termin ważności liczony od dnia ich dostawy.
		5. Oświadczamy, że oferowane przez nas produkty lecznicze są dopuszczone do obrotu i na zasadach określonych w art. 3 lub 4 lub 4a ustawy prawo farmaceutyczne. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu.
		6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
		7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
		8. Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia powierzymy podwykonawcom…………………………………………………………………………….\*\*).
		9. Oświadczamy, że zawarte w siwz, istotne postanowienia umowy zastały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
		10. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium**

................................................................................................. zał. nr...................

Numer konta, na jakie Zamawiający dokona zwrotu wadium:

................................................................................................................................

Dane do umowy:

|  |
| --- |
|  **a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy** |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** |
|  |  |
|  |  |
| **b) nr rachunku bankowego, na który realizowana będzie płatność za zrealizowane dostawy** |
|  |  |

* + 1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

Oświadczamy, że na stronach ............................................ oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.

*\*) w przypadku gdy Wykonawca nie wypełni miejsca wykropkowanego, Zamawiający przyjmie, że zaoferowany termin płatności wynosi 60 dni.*

*\*\*) niepotrzebne skreślić*

……................., dnia …………… …………………………………………………………

 *(podpis osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy)*

Załącznik nr 3/1 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY – GRUPA 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa  | Nazwa Oferowanego produktu  | Opak./ jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Producent | Cena urzędowa/ umowna |
| 1 | **ACETYLOCYSTEINUM** |  | Amp. 300 mg / 3 ml x 5 – roztwór do infuzji | 520 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **DOXYCYCLINUM** |  | Tbl. 100 mg x 10 | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **PHENOXYMETHYLPENICYLLINUM** |  | Tbl. 1,5 mln.j.m x 12 | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4  | **FERRIC HYDROXIDE SACCHARATED COMPLEX** |  | Amp. 20 mg FeIII / ml a 5 ml x 5 – r-r do wstrzykiwań i infuzji | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM**  |  |  |  |  |  |

***\* przyjęcie oferty na dawki jednego producenta w obrębie leku***

***- oferta całościowa***

…………………………………… ........................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/1A do siwz

: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY – GRUPA 1 A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa  | Nazwa Oferowanego produktu  | Opak./ jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Producent | Cena urzędowa/ umowna |
| 1 | **VANCOMYCINUM\*** |  | Fiol. 500 mg – proszek do sporządzania r-ru do infuzji | 2700 |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiol. 1000 mg – proszek do sporządzania r-ru do infuzji | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM**  |  |  |  |  |  |

***\* przyjęcie oferty na dawki jednego producenta w obrębie leku***

***- oferta całościowa***

…………………………………… ........................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)