**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 **dostawę produktów dla Apteki- 9 grup** zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi – zał. nr 3/1- 3/9 za cenę brutto:

**GRUPA 1** - …………………………………………………………….zł

**GRUPA 2** - ……………………………………………………………..zł

**GRUPA 3** - ……………………………………………………………..zł

**GRUPA 4 -** ……………………………………………………………..zł

**GRUPA 5** - …………………………………………………………….zł

**GRUPA 6** - ……………………………………………………………..zł

**GRUPA 7** - ……………………………………………………………..zł

**GRUPA 8** - ……………………………………………………………..zł

**GRUIPA 9** - …………………………………………………………….zł

2. Zamówienie będzie realizowane sukcesywnie przez okres **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.

3. Oferowany termin niezmienności cen wynosi ………………………………………..…………

4. Termin realizacji zamówienia nie dłuższy niż **2 dni robocze (Grupy 1-9)** od daty złożenia pisemnego zamówienia faksem.

5. Możliwość dostaw w trybie pilnym w jak najkrótszym czasie uzgodnionym z Kierownikiem Apteki Szpitalnej.

6. Termin płatności za dostarczony towar: ………dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

7. Oświadczamy, że oferowane produkty lecznicze będą posiadały minimum 12 miesięczny termin ważności liczony od dnia ich dostawy.

8. 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- o ile dotyczy

9. Oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby medyczne są być dopuszczone do obrotu i używania na zasadach określonych w ustawie o wyrobach medycznych. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu – o ile dotyczy

10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.

11. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

12. Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami / wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom …………………\*\*).

13. 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.

**14. 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** |
|  |  |

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*