**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 – 15 grup** zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi - zał. od nr 3/1 do 3/15 za cenę brutto:

**GRUPA 1** …………………………………………..………………….

**GRUPA 2** …………………………………………..………………….

**GRUPA 3** ……………………………………………..……………….

**GRUPA 4** ………………………………………………..…………….

**GRUPA 5** ………………………………………………..…………….

**GRUPA 6** …………………………………………………..………….

**GRUPA 7** …………………………………………..………………….

**GRUPA 8** …………………………………………..………………….

**GRUPA 9** ………………………………..…………………………….

**GRUPA 10** …………………………………………………………….

**GRUPA 11** …………………………………………………………….

**GRUPA 12** …………………………………………………………….

**GRUPA 13** …………………………………………………………….

**GRUPA 14** …………………………………………………………….

**GRUPA 15** …………………………………………………………….

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

3. Oferowany termin niezmienności cen (grupy 1-14) (po wymaganym 6-cio miesięcznym okresie) wynosi …………………………………………………

4. Oferowany termin niezmienności cen (grupa 15 ) ………………………………………..…………wynosi

5. Termin płatności za dostarczony towar: ………dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury przelewem na konto bankowe Wykonawcy

6. 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

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

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

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

10. 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.

11. Oświadczam (-y), że wybór mojej/naszej oferty:

* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)
* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

**\*\*)** zaznaczyć właściwe

**11. 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*