Załącznik nr 2 do SIWZ

POPRAWIONY 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**

**Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE\*\***

## Zobowiązania Wykonawcy:

* + 1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę produktów dla apteki – 9 grup** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi – zał. nr 3/ 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

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

Termin płatności: ………dni\* ( min. 60 dni) od daty otrzymania towaru i prawidłowo wystawionej faktury.

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

Oświadczamy, że zamówienie będziemy wykonywać do czasu wyczerpania ilości produktów określonych w załączniku nr 3/………… do specyfikacji.

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.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

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.

Oświadczamy, że zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia podwykonawcom i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*:

Część zamówienia: .....................................................................................................................................  
Nazwa (firma) podwykonawcy: ...................................................................................................................

*\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy*

Oświadczamy, że wybór 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

**Forma, w jakiej zostało wniesione wadium**

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

Numer konta, na jakie Zamawiający dokona zwrotu wadium:

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

**8. Dane do umowy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: | | |
| Imię i nazwisko | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu / e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcy | | |
| Nazwa i adres banku | |  |
|  | |  |

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

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)