***Załącznik nr 1 – formularz oferty***

# Dane wykonawcy

**O F E RT A**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| województwo |  |  |
| NIP: |  | REGON: |  |  |
| strona www: |  | adres e-mail: |  |
| nr telefonów |  |  |

1. **Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego, na **dostawę produktów leczniczych i wyrobów medycznych 2501/79/2020,**

# Informacje dotyczące ceny oferty;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr****Pakietu** | **Przedmiot zamówienia** | **cena netto****PLN** | **cena brutto****PLN** |
|  | P 1-Mykafungina |  |  |
|  | P 2- Filgrastim |  |  |
|  | P 3- Ondansetron p.o. |  |  |
|  | P 4- Ondansetron i.v. |  |  |
|  | P 5- Worikonazol p.o. |  |  |
|  | P 6 - Dexamethasone phosphate |  |  |
|  | P 7 - Fulvestrant |  |  |
|  | P 8 -Irynotecan |  |  |
|  | P 9 - Wyrób medyczny do stosowania w okulistyce |  |  |
|  | P 10- Wyrób medyczny do stosowania w okulistyce 1 |  |  |
|  | P 11- Kladrybina |  |  |
|  | P 12- Netupitant + palonosetron |  |  |
|  | P 13- Octanu metyloprednizolonu |  |  |
|  | P 14- Benzyna apteczna |  |  |
|  | P 15- Olanzapina |  |  |
|  | P 16- Fitomenadion |  |  |
|  | P 17- Tymonacyk |  |  |
|  | P 18- Etomidat |  |  |
|  | P 19 - Cholekalcyferol |  |  |
|  | P 20- Ksylometazolina |  |  |
|  | P 21- Gentamycyna |  |  |
|  | P 22- Immunoglobulina ludzka anty-rh0(d) |  |  |
|  | P 23- Immunoglobulina ludzka anty-rh0(d) 1 |  |  |
|  | P 24- Neostygmina |  |  |
|  | P 25- Karbachol |  |  |
|  | P 26- Karbamazepina |  |  |
|  | P 27- Fiolet gencjanowy roztwór |  |  |
|  | P 28- Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego |  |  |
|  | P 29- Ropinirol |  |  |
|  | P 30 - Produkt leczniczy zawierający witaminy z grupy B |  |  |
|  | P 31- Pasta do leczenia ran głębokich |  |  |
|  | P 32- Maść/krem |  |  |
|  | P 33- Koncentrat czynników zespołu protrombiny |  |  |
|  | P 34- Antytoksyna jadu żmii |  |  |
|  | P 35- Lacidipine |  |  |
|  | P 36- Dexamethason |  |  |
|  | P 37- Fosfomycyna |  |  |
|  | P 38- Leki oczne |  |  |
|  | P 39- Mesalazyna |  |  |
|  | P 40- Buprenorfina |  |  |
|  | P 41- Metylofenidat |  |  |
|  | P 42- Lignocainum cum Noradrenalino |  |  |

1. **Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz ze wzorze umowy;
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 60 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie do 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;
6. zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO opublikowaną na stronie internetowej zamawiającego i akceptuję jego treść, w związku z moim uczestnictwem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego.
7. Oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję (zaznaczyć odpowiednio):

[ ] JEST mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

[ ] NIE JEST mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

* *Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*
* *Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*
* *Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość: |  |
| data: |  |

(podpis pieczątka imienna osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)