# *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 |  |  |

# Przedmiot oferty:

# Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego, na dostawę leków różnych (2501/85/22)

# Informacje dotyczące ceny oferty;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **cena netto** **PLN** | **cena brutto** **PLN** |
|  | Clotrimazolum krem |  |  |
|  | Klomipramina |  |  |
|  | Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego |  |  |
|  | Mleko dla niemowląt |  |  |
|  | Kloksacylina |  |  |
|  | Amosycylina zaw. p.o., Amoksycylina + kwas klawulanowy i.v |  |  |
|  | Irinotecan |  |  |
|  | Dopęcherzowa szczepionka BCG do immunoterapii |  |  |
|  | Szczepionka przeciw grypie na sezon 2022/2023 |  |  |
|  | Pemetreksed |  |  |
|  | Kladrybina |  |  |
|  | Ofloksacyna |  |  |
|  | Immunoglobulina ludzka anty-rh0(d) |  |  |
|  | Fosfomycyna |  |  |
|  | Lacydypina |  |  |
|  | Klostridiopeptydaza |  |  |
|  | Buprenorfina |  |  |
|  | Fitomenadion |  |  |
|  | Olanzapina |  |  |
|  | Glikol metoksypolietylenowy epoetyny beta |  |  |
|  | Entekawir |  |  |
|  | Tenofowir |  |  |
|  | Antybakteryjny płyn do cewników |  |  |
|  | Olanzapina do wstrzykiwań |  |  |
|  | Olmesartan medoksomilu |  |  |
|  | Lamiwudyna |  |  |
|  | Leki stosowane w programie lekowym SM |  |  |
|  | Epoetyna beta (glikol metoksypolietylenowy epoetyny beta) |  |  |
|  | Emtrycytabina + tenofowir (dizoproksyl tenofowiru) |  |  |
|  | Woda do terapii inhalacyjnej |  |  |
|  | Itrakonazol |  |  |
|  | Sofosbuwir + welpataswir + woksylaprewir |  |  |
|  | Mleko początkowe |  |  |
|  | Karbidopa + lewodopa |  |  |
|  | Sterylna woda do nawilżania tlenu |  |  |
|  | Levetiracetam |  |  |
|  | Tiamina |  |  |
|  | Krople do oczu |  |  |
|  | Bezpieczne pojemniki z formaliną na próbki biologiczne/histopatologiczne |  |  |
|  | Infuzyjne leki przeciwbólowe |  |  |
|  | Lenalidomid program lekowy - Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego |  |  |
|  | Norepinefryna |  |  |
|  | Leki stosowane w programie lekowym SM 1 |  |  |
|  | Leki stosowane w programie lekowym SM 2 |  |  |
|  | Leki stosowane w programie lekowym SM 3 |  |  |

1. **Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy;
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą do dnia **……………...2022 r**
5. Wykonanie części zamówienia (wskazać tę część) zmierzam powierzyć Podwykonawcy ( wskazać

nazwę jeśli jest on już znany ) ………………………………………………………………………………..

1. 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;
2. 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.
3. 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.

 Wykonawca informuje, że (zaznaczyć właściwe):

 wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,

 wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług: ................................................................................................................... których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to: ..................................................................zł netto

**Uwaga! W przypadku, gdy Wykonawca nie zaznaczy żadnego z wariantów zamawiający przyjmie, że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie zamawiającego.**

1. Oświadczam, że wykonawca, którego reprezentuję (podkreślić właściwe):
* *Jest mikroprzedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*
* *Jest małym przedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*
* *Jest średnim przedsiębiorstwem: 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.*
* *Jest dużym przedsiębiorstwem: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym lub średnim przedsiębiorstwem i które zatrudnia więcej niż 250 osób i którego roczny obrót przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa przekracza 43 milionów EUR.*

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

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