**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki**

**w Siedlcach Sp. z o.o.**

ul. Poniatowskiego 26

08-110 Siedlce

**Załącznik do OFERTY na:**

**Dostawy preparatów leczniczych z programów lekowych**

**Dane dotyczące Wykonawcy/Wykonawców**

Nazwa: .........................................................................................................................................

Siedziba: .......................................................................................................................................

Województwo: .............................................................................................................................

NIP: ...........................................................................................

REGON: .....................................................................................

KRS: ...........................................................................................

Strona internetowa: ....................................................................

Adres e-mail: ..............................................................................

Numer telefonu: ..........................................................................

Numer faksu: ..............................................................................

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym............................................................................

**Dane do przesyłania korespondencji\*:**

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

Adres e-mail:\* ............................................................................

Numer telefonu:\* ........................................................................

Numer faksu:\* ............................................................................

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię .............................................................................................................................

Stanowisko ..................................................................................................................................

Telefon......................................................................Fax..............................................................

Zakres:**\***

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

- do zawarcia umowy

**\* niepotrzebne skreślić**

**Oferujemy dostawy preparatów zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo-cenowym z zakresu Pakietu/ów:**

**PAKIET ………………………….cena brutto ………………………………… zł.**

**PAKIET ………………………….cena brutto ………………………………… zł.**

**PAKIET ………………………….cena brutto ………………………………… zł.**

**PAKIET ………………………….cena brutto ………………………………… zł.**

**PAKIET ………………………….cena brutto ………………………………… zł.**

 (podać nr Pakietu i oferowaną cenę w Pakiecie)

***1.* Oświadczamy, że:**

* wyceny oferowanych leków dokonał zgodnie z Ustawą Refundacyjną z dnia 12.05.2011r. (Dz.U. 2017, poz.1844 t.j. ze zmian.) art. 9 ust. 1 i 2.
* dostarczanie i przekazywanie preparatów następować będzie w siedzibie Zamawiającego- Aptece Szpitalnej na koszt Wykonawcy w dni robocze od godz. 8:00 do 15:00 łącznie ze złożeniem go w miejscu wskazanym przez Zamawiającego. Wraz z towarem należy dostarczyć fakturę VAT. Wymaga się zgodności serii i dat ważności dostarczonych preparatów z danymi na fakturze.
* w sytuacjach ekstremalnych ( na tzw. RATUNEK-„Cito” ), Wykonawca zobowiązuje się do dostawy zamówionych preparatów w ciągu 8 godzin od wysłania zamówienia.
* Towar będzie dostarczany do Zamawiającego zgodnie z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn.13.03.2015r. w sprawie procedur Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz.U. 2017, poz. 509 t.j.), a temperatura transportu odpowiednio udokumentowana. W przypadku wykonania zamówienia w części dotyczącej transportu nie we własnym zakresie, Wykonawca odpowiada za działania, uchybienia i zaniedbania firmy dostawczej tak jak za własne, w tym za przestrzeganie warunków transportu leków w odpowiedniej temperaturze.

**2. Termin i sposób realizacji zamówienia:**

Dostawy sukcesywne na podstawie zamówień przez okres **6miesięcy** od daty podpisania umowy.

Realizacja na zasadach określonych we wzorze umowy, stanowiącym **Załącznik Nr 6** do SIWZ.

**3. Warunki płatności**

Płatność nastąpi przelewem po dostawie w terminie **60 dni** od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.

**4. Oferujemy terminy ważności oferowanych preparatów, zgodne z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym, licząc od daty dostawy.**

**5. Oświadczamy, że:**

[ ]  **wykonamy** [ ]  **nie wykonamy**

**całość zamówienia siłami własnymi\*).**

Następującym Podwykonawcom zamierzamy powierzyć poniższe części zamówienia(art. 36b ust. 1 ustawy Pzp):

1. Nazwa (firmy) podwykonawcy: ………………………………...………………………….. ;

nazwa części zamówienia: ………………………………………………………………...…;

**Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:** (……………………. zł.) lub (……..%).

1. Nazwa (firmy) podwykonawcy: ………………………………...………………………….. ;

nazwa części zamówienia: ………………………………………………………………...…;

**Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:** (……………………. zł.) lub (……..%).

**6. Oświadczam, zgodnie z art. 91 ust. 3a Pzp, że wybór mojej oferty\***[[1]](#footnote-1):

[ ]  **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

[ ]  **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego następujących towarów/usług:

…………………………………………………… - ………………………….. zł netto

 Nazwa (rodzaj) towaru/usługi wartość bez kwoty podatku VAT

…………………………………………………… - ………………………….. zł netto

 Nazwa (rodzaj) towaru/usługi wartość bez kwoty podatku VAT

**7. Oświadczam, że należę do sektora małych i średnich przedsiębiorstw[[2]](#footnote-2):**

[ ]  **tak**

[ ]  **nie**

**8.** Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia,
a także wzorem umowy oraz wszystkimi innymi dokumentami i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń oraz uznaję się związany określonymi w nich warunkami.

1. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez czas wskazany w SIWZ tj. 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert.
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[3]](#footnote-3) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[4]](#footnote-4)

**12. Oświadczenia dot. umowy w sprawie zamówienia publicznego:**

1. Oświadczam, że akceptuję istotne postanowienia umowy określone przez Zamawiającego w projekcie umowy.
2. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty zawrzeć umowę na warunkach wynikających z SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Wynagrodzenie w przypadku zawarcia umowy należy przekazać na konto Wykonawcy wskazane na fakturze.
4. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy będzie:

Kierownik Hurtowni: (imię, nazwisko, stanowisko) ………………….………………………….…..…,

tel.: ………………… fax.: ……………………. e-mail: ………………………………….………….…

Dział Sprzedaży: (imię, nazwisko, stanowisko) ………………….………………………...………...…,

tel.: ………………… fax.: ……………………. e-mail: ………………………………….……………

Dział Reklamacji: (imię, nazwisko, stanowisko) ………………….………………………...……….…,

tel.: ………………… fax.: ……………………. e-mail: ………………………………….……………

1. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. [↑](#footnote-ref-1)
2. sektor obejmuje mikroprzedsiębiorstwa (przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 10 osób i których roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR), małe przedsiębiorstwa (przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 50 osób i których roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR), oraz średnie przedsiębiorstwa (przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR) zgodnie z definicją zawarta w Załączniku I do Rozporządzenia komisji (WE) 800/2008 [↑](#footnote-ref-2)
3. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-4)