Znak sprawy: 1/2024 Załącznik nr 1 do Zaproszenia

Nazwa oferenta, siedziba

 Do 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego

 z Polikliniką SPZOZ

 Al. Racławickie 23

 20-043 Lublin

**FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY**

 Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na **dostawę środków kontrastowych** składam ofertę co następuje:

 **Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa i adres ..........................................................................................................

NIP……………………………………………… REGON ..............................

KRS/CEIDG ……………………………………………………….

Nr telefonu/faxu Wykonawcy ........................................................................

adres poczty elektronicznej.............................................................................

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………..

**Data sporządzenia oferty** ..................................

1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia spełniającego wymagania określone w „Zaproszeniu” zgodnie z cenami podanymi w formularzu ofertowym:

**Zadanie nr 1 – Środki kontrastowe GADOTERIC ACID**

**za cenę brutto:** ………………………………..PLN

słownie: ...........................................................................................

za cenę netto: ...................................................................................PLN

słownie: ...........................................................................................

podatek VAT .................................................................................PLN

**Zadanie nr 2 – Środki kontrastowe IOHEXOL**

**za cenę brutto:** ………………………………..PLN

słownie: ...........................................................................................

za cenę netto: ...................................................................................PLN

słownie: ...........................................................................................

podatek VAT .................................................................................PLN,

**Zadanie nr 3 – Środki kontrastowe GADOTERIDOL**

**za cenę brutto:** ………………………………..PLN

słownie: ............................................................................................

za cenę netto: ...................................................................................PLN

słownie: ............................................................................................

podatek VAT .................................................................................PLN

1. **Proponuje następujące warunki realizacji umowy:**
* **termin realizacji zamówienia: 3 m-ce** od dnia zawarcia umowy
* **warunki płatności**: forma płatności – przelew, termin płatności w ciągu **60 dni
od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury).**
* **termin dostaw zamówień cząstkowych** - **…….. dni** od chwili złożenia zamówienia (max. 4 dni).
1. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze tj. (wartość zamówienia, VAT, oraz koszt dostawy i ewentualnie udzielony rabat).
2. Oświadczamy, że termin ważności dostarczonego asortymentu będzie wynosił min. 6 m-cy, od daty dostawy do siedziby Zamawiającego.
3. **Oświadczamy,** iż oferowane produkty farmaceutyczne posiadają wymaganą rejestrację i aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z obowiązującym prawem oraz posiadają ważną charakterystykę dla produktu leczniczego, okazywalne na każde wezwanie Zamawiającego.
4. Oświadczam iż, złożona przeze mnie oferta cen jednostkowych będzie obowiązywała przez cały okres trwania umowy.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z dokumentami dołączonymi do publicznego zaproszenia
do składania ofert oraz warunkami realizacji zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy
na warunkach wynikających z niniejszej oferty i według wzoru przedstawionego
przez Zamawiającego oraz w terminie i w miejscu określonym przez Zamawiającego.
7. **Przystępując** **do niniejszego postępowania oświadczam/y w imieniu Wykonawcy, że:**
8. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, posiadam aktualną wymaganą prawem koncesję/ zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej do obrotu produktów stanowiących przedmiot oferty,
9. posiadam/y wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia,
10. dysponuję/emy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
11. znajduję/emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej właściwą realizację zamówienia.
12. Części zamówienia, które Wykonawca powierzy podwykonawcom (wskazać, o ile dotyczy) …………………………………………………………………..
13. Oświadczamy, że upoważnionym pełnomocnikiem do reprezentowania Wykonawcy/ów
w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia oraz do podpisywania oferty i innych dokumentów związanych z postępowaniem i podejmowaniem decyzji w imieniu Wykonawcy jest/są:

 ………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko, stanowisko

 …………………………………………………………………………………………………

rodzaj upoważnienia

**Uwaga: dokument** potwierdzający, że ofertę podpisała **uprawniona osoba** (np. KRS/CEIDG, pełnomocnictwo, oświadczenie **załączyć-** o ile ofertę składa pełnomocnik lub przedstawiciel Wykonawcy).

1. Wykaz złożonych dokumentów:

-

-

-

-

-

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

 *Podpis osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*