Znak sprawy: DZP/Ełk/5/2019 Załącznik nr 1

………………………………………

 Nazwa oferenta, siedziba

**FORMULARZ OFERTA WYKONAWCY**

 Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na **„*Dostawę ciekłego tlenu medycznego wraz z dzierżawą zbiornika na tlen z parownicą i systemem telemetrii oraz dostawę azotu ciekłego na potrzeby 1 WSZKZP SPZOZ w Lublinie Filii w Ełku”*** składam poniższą ofertę:

 **Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa ………………………………………………………………………………………………………………………

siedziba ………………………………………………………………………………………………………………………

NIP…………………………………………………………… REGON ……………………………………………………

Nr telefonu/faxu wykonawcy ………………………………………………………………………………………………

adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………………………………………

**Data sporządzenia oferty** ……………………………………………………

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

Składana oferta dotyczy Zadania / Zadań Nr ………………………………….………………………………..

**Zadanie Nr 1 *Dostawa ciekłego tlenu medycznego wraz z dzierżawą zbiornika na tlen z parownicą i systemem telemetrii* \***

**Łączna wartość za tlen ciekły medyczny oraz dzierżawę zbiornika na ciekły tlen wraz z parownicą i systemem telemetrii wynosi:**

* **cena netto:** ………………………………………………… zł,

(słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………)

* **cena brutto:** ………………………………………………… zł,

 (słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………)

- **VAT:** ..................................zł, stawka VAT : …….. %.

**Zadanie Nr 2 Dostawa azotu ciekłego\***

* **cena netto:** ………………………………………………… zł,

(słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………)

* **cena brutto:** ………………………………………………… zł,

 (słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………)

- **VAT:** ..................................zł, stawka VAT : …….. %.

1. Proponuję następujące warunki realizacji umowy:

**Termin realizacji umowy - 36 miesięcy**.

**Warunki płatności**: forma płatności – przelew, termin płatności **60 dni** **od otrzymania faktury.**

Termin ważności **-** ……………………………………… ( minimum 12 miesięcy od dnia dostawy)

Termin dostawy wynosi **………… dni roboczych** (maks. 3 dni robocze)licząc od dnia złożenia Zamówienia.

1. **Oświadczam/y, że:**
2. podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze tj.(wartość zamówienia , VAT oraz koszt dostawy, koszt dzierżawy i ewentualnie udzielone rabaty, legalizacje, napełnianie butli).
3. posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
4. posiadam/y wiedzę i doświadczenie;
5. dysponuję/emy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
6. znajduję/emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na realizację zamówienia.
7. posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności i dysponuję:
8. pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego – dla każdego z wymienionych produktów – wydane przez właściwy organ zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001r.Prawo farmaceutyczne tekst jednolity (Dz. U. 2019 poz. 499 z późn. zm. ) - okazywane na każde wezwanie Zamawiającego.
9. Zaoferowane wyroby medyczne posiadają aktualne dokumenty dopuszczenia do obrotu i używania na rynku krajowym zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie o wyrobach medycznych z dn. 20.05.2010r. ( Dz.U. z 2019. poz. 175 z późn. zm.) oraz, że kopie tych dokumentów dostarczymy na każde żądanie zamawiającego w trakcie trwania postępowania.
10. posiadamy zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego- okazywalne na każde wezwanie Zamawiającego
11. posiadam/y zezwolenie na wytwarzanie produktu leczniczego wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego – dotyczy tylko produktów leczniczych wytwarzanych bezpośrednio przez Dostawcę - okazywalne na każde wezwanie Zamawiającego .
12. zaoferowany asortyment spełnia wymogi Farmakopei Europejskiej Ph.Eur.0417. W niniejszym postępowaniu obowiązują wymagania Farmakopei Europejskiej, przygotowanej w ramach działalności Europejskiego Dyrektoriatu Jakości Leku i Ochrony Zdrowia przy Radzie Europy w Strasburgu. Polska wersja tej Farmakopei jest przygotowana i wydawana w Urzędzie Rejestracji produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych jako kolejne publikacje Farmakopei Polskiej, jej wydanie, oznakowane jako 9.0 zawierające wymagania ogólne oraz monografie szczegółowe, stanowi pełny, całkowicie zgodny z oryginałem, polskojęzyczny tekst aktualnej wersji Farmakopei Europejskiej.
13. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z projektem umowy, akceptujemy go bez zastrzeżeń i w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
14. Zaproponowana cena będzie obowiązywała przez cały okres trwania umowy.
15. Oświadczam, iż zapoznaliśmy się z dokumentami zaproszenia do złożenia oferty cenowej oraz warunkami realizacji zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
16. Osobą odpowiedzialną ze strony Wykonawcy:
17. za realizację umowy jest Pan/i ……………………………………………………………… tel. ..........................

fax.................................adres mailowy......................................................................................;

1. za dostawy Zamówienia jest Pan/i……………………………………………………………… tel. ..............................,fax. ............................ , adres mailowy .............................................................................
2. za serwis techniczny jest Pan/i ………………………………………………………tel. .............................., fax…………… adres mailowy......................................................................................;
3. Części zamówienia, które Wykonawca powierzy podwykonawcom (wskazać, o ile dotyczy) .

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

1. Oświadczam/y, 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, pełnomocnictwo **załączyć-** o ile ofertę składa pełnomocnik lub przedstawiciel wykonawcy).

1. Wykaz złożonych dokumentów:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………
4. …………………………………………………

............................................, ......................... ………………………………………………

*(miejscowość) (data) (podpis osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy)*

\*skreślić, jeśli nie dotyczy