

Załącznik nr 2 do SWZ

PROFARM PS SP. ZO.O.

ul. Słoneczna 96

05-500 Stara Iwiczna

(Wykonawca)

19.07.2024r.

(Data)

O F E R T A
DLA
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA
ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie przetargu nieograniczonego pn. **Dostawa produktów leczniczych stosowanych w programach lekowych i chemioterapii na okres 12 miesięcy - Zp/36/PN/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa: PROFARM PS SP. Z O.O.

2. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna

REGON: 008336834 NIP: 522-010-37-56 WOJEWÓDZTWO: mazowieckie

Numer telefonu 22 44 92 700

e-mail przetargi@profarmps.pl

Numer telefonu 22 44 92 700
Zamawiającego)

e-mail dh@profarmps.pl (do zamówień składanych przez

3. Czy Wykonawca jest:

☐ mikroprzedsiębiorstwem

☐ małym przedsiębiorstwem

☒ średnim przedsiębiorstwem

☐ jednostkowa działalność gospodarcza

☐ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

☐ inny rodzaj:

¹⁾ **proszę wskazać właściwe**

4.OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3a, 3b do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

dla pakietu nr 117

„netto” 680 460,87 PLN, (słownie: sześćset osiemdziesiąt tysięcy czterysta sześćdziesiąt zł 87/100 złotych),

podatek VAT – 8 %: 54 436,86 PLN, (słownie: pięćdziesiąt cztery tysiące czterysta trzydzieści sześć zł 86/100 złotych),

„brutto” 734 897,73 PLN, (słownie: siedemset trzydzieści cztery tysiące osiemset dziewięćdziesiąt siedem zł 73/100 złotych).

6.OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, ~~będziemy~~ / **nie będziemy*** polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma)

adres ul.

kod pocztowy miasto kraj

.....

nr telefonu nr faksu.....

NIP....., REGON

Ww. podmiot będzie*/nie będzie* brał udziału w realizacji części zamówienia.

7.ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY* informacje/i stanowiące/yh TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.

8.OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych pliku o nazwie: „.....” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

9.OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. Formularz cenowy

2.JEDZ.

3.Oświadczenie wg zał. 4 a do SWZ

4. Oświadczenie świadectwa rejestracji

5. pełnomocnictwo.

.....
(podpis Wykonawcy lub osób
upoważnionych przez Wykonawcę)