

**SP Szpital Kliniczny
im. A. Mielęckiego ŚAM
ul. Francuska 20-24
40 – 027 Katowice**

Warszawa, dnia 11.09 2024 r.

**OFERTA W PRZETARGU NIEOGRANICZONYM
ZP-24-075UN- LEKI 24**

1. Spis treści
2. Formularz ofertowy
3. Formularz cenowy
4. Dane ofertowe

Podpisany Formularz JEDZ oraz podpisane Pełnomocnictwo stanowią integralną część oferty i załączone są w odrębnych plikach.

Z poważaniem,

**Monika Augustyniak
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Monika Augustyniak

Tel 695 106 221, fax (22) 209 7004, e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Miejscowość ...Warszawa, dnia 11.09.2024

OFERTA
DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO
IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W KATOWICACH

Nazwa wykonawcyLek S.A ...

Siedziba95-010 Stryków ul.Podlipie 16

REGON 471255608 NIP7281341936.....

Tel. ...695106221 e-mail ...monika.augustyniak@sandoz.com.....

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającymMonika Augustyniak.....

Tel. ...695106221 e-mail ...monika.augustyniak@sandoz.com

Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę leków oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

Nr pakietu*	Cena ofertowa netto	VAT %	Cena ofertowa brutto
7	50 400,00	8	54 432,00
20	324 450,00	8	350 406,00

*należy powtórzyć tyle razy, ile pakietów jest oferowanych

Dodatkowe oświadczenia

- Oświadczam, że oferowana cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
- Oświadczam, że ~~nie podlegam wykluczeniu / podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.108 ust.1, 2, 4 (niepotrzebne skreślić)~~
- Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
- Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 90 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że w przypadku oferowania leku w ampułkach siła łamiąca oferowanych ampułek jest zgodna z wymaganiami normy PN-EN ISO 9187-1:1 2011 lub PN-EN ISO 9187-2 2011
- Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa (zaznaczyć właściwy kwadrat):**
 - ☒ Żadna z informacji wskazanych w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji
 - ☐ Wskazane poniżej informacje wskazane w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/-y dokumenty w postaci:

.....

Lp.	Rodzaj informacji	Strony w ofercie	
		od numeru	do numeru

- 7) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO
- 8) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i projektem umowy, stanowiącym załącznik do Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
- 9) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO ¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *
- 10) **Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**

- ☐ Jestem mikroprzedsiębiorstwem
- ☐ Jestem małym przedsiębiorstwem
- ☐ Jestem średnim przedsiębiorstwem
- ☒ Jestem dużym przedsiębiorstwem

11) Czy Wykonawca pochodzi z innego niż Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej:

- ☐ TAK Skrót literowy Państwa:
- ☒ NIE

12) Czy Wykonawca pochodzi z państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej:

- ☐ TAK Skrót literowy Państwa:
- ☒ NIE

Uwaga: zaznaczyć odpowiednie.

Przez Mikroprzedsiębiorstwo rozumie się: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Przez Małe przedsiębiorstwo rozumie się: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Przez Średnie przedsiębiorstwa rozumie się: 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.

Powyższe informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych

¹⁾ 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).

* 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).

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY - PAKIET Nr 20

L.p.	Nazwa Międzynarodowa / dawka	Postać	Zamawian a Ilość mln j.m.	Cena jedn.netto za 1 mln j.m.	Wartość netto	VAT%	Wartość brutto	Nazwa handlowa dawka, postać, producent,	wielkość oferowanego opakowania kod EAN
1	Filgrastimum	roztwór do wstrzyknięć i infuzji amp-strz	250 000	1,03	257 500,00	8	278 100,00	Zarzio 30 mln j./0,5 ml amp.-strzyk.	5 szt. amp.-strzyk. 5909990687787
	Dawka: 30 mln j.m., 48 mln j.m.		65 000		66 950,00	8	72 306,00	Zarzio 48 mln j./0,5 ml amp.-strzyk. Sandoz GmbH	5 szt. amp.- strzyk. 5909990687848
RAZEM					324 450,00		350 406,00		

Zamawiający wymaga:

- aby oferowany lek znajdowały się na liście leków refundowanych **wczęści C** w dniu otwarcia ofert
- zaoferowania obu dawek i podania kodu EAN dla każdej z nich i wyceną za 1 mln j.m.

ASORTYMENTOWO - CENOWY - PAKIET Nr 7

L.p.	Nazwa Międzynarodowa / dawka	Postać	Zamawian a Ilość mg	Cena jedn.netto za mg	Wartość netto	VAT%	Wartość brutto	Nazwa handlowa dawka, postać, producent,	wielkość oferowanego opakowania kod EAN
1	Doxorubicinum	Koncentrat do sporządzania r-ru do infuzji / r-r do wstrzykiwań fiolka	50 000	0,72	36000,00	8	38880,00	Doxorubicin Ebewe 10mg/5ml x 1 fiol, DoxorubicinEbewe 50mg/25ml x 1 fiol, Doxorubicin Ebewe 100mg/50ml x 1 fiol, Doxorubicin Ebewe 200mg/100ml x 1 fiol koncentrat do sporządzania r-ru do infuzji. Sandoz	5mlx1fiol EAN 5909990429011, 25,mlx1fiol EAN 5909990429028, 50mlx1fiol EAN 5909990614837, 100mlx1fiol EAN 5909990614844
	dawka 2 mg./ml		20 000		14400,00	8	15552,00		
RAZEM					50400.00		54432.00		

Zamawiający wymaga :

- aby oferowany lek znajdowały się na liście leków refundowanych w **części C (C20)** w dniu otwarcia ofert
- zaoferowania różnych dostępnych na liście leków refundowanych fasunków i podania kodu EAN dla każdego z nich

Szanowni Państwo,

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Dane teleadresowe Wykonawcy

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy Monika Augustyniak

Tel (22) 209 6221 fax (22) 209 7004

e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com

Składanie zamówień

Dział Obsługi Klienta

Tel. (22) 209-60-52

Fax (22) 209-70-08

e-mail:

Reklamacje

reklamacje magazynowe - reklamacje.magazynowe@sandoz.com

reklamacje jakościowe - reklamacje.jakosciowe@sandoz.com

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia**. Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.

Lek S.A.

ul. Podlipie 16

95-010 Stryków

Polska

Tel. +48 (42) 2957100

Fax +48 (42) 2957187

Siedziba i adres spółki:

ul. Podlipie 16

95-010 Stryków

Sąd rejonowy: Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi,

XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego

KRS: 0000061723

Regon: 471255608

NIP: 7281341936

Nr konta bankowego:

BNP Paribas Bank Polska S.A.

80 1600 1127 1847 1455 3000 0001

Kapitał zakładowy: 11.409.350,00 zł