

..... dnia

.....
[pieczęćka firmowa]

OFERTA

I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa

.....

2. Przedstawiciel producenta*

.....

3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]

.....

.....

4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]

.....

.....

5. REGON

6. Telefon [z numerem kierunkowym]

7. Faks [z numerem kierunkowym]

8. E-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa
 prowadzący postępowanie w imieniu i na rzecz **NARODOWEGO CENTRUM KRWI W WARSZAWIE**
 na podstawie udzielonego pełnomocnictwa

znak: **ZZZ-45/18**, w sprawie dostawy:

KONCENTRAT AKTYWOWANYCH CZYNNIKÓW ZESPOŁU PROTROMBINY (APCC)
CZĘŚCI 1÷3

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca składa ofertę i wypełnić właściwe tabele cenowe - pkt III)

* wypełnić fakultatywnie

III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

CZEŚĆ 1

KONCENTRAT AKTYWOWANYCH CZYNNIKÓW ZESPOŁU PROTROMBINY (APCC)
W LICZBIE 7 000 000 J.M. Z DOSTAWĄ W TERMINIE DO DNIA 30 KWIETNIA 2018 R.

1. Cena oferty

Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I PRODUCENT	LICZBA J.M.	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN*
1	2	3
	7 000 000	

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

.....

Cena jednostkowa brutto za 1 j.m. przedmiotu zamówienia wynosi:

(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)

2. Termin ważności przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 30 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min. ___ miesięcy** od daty podpisania protokołu odbioru produktu leczniczego bez zastrzeżeń.

3. Czas przechowywania przedmiotu zamówienia w temperaturze co najmniej do 24 stopni Celsjusza włącznie (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3).

Oferuję następujący czas przechowywania w temperaturze co najmniej do 24 stopni Celsjusza włącznie - **___ miesięcy**.

4. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. (kryterium nr 4):

TAK/NIE *

*niepotrzebne skreślić

UWAGA! Nie zaznaczenie żadnej z powyższych opcji jest jednoznaczne z brakiem deklaracji wykonywania zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych.

CZEŚĆ 2**KONCENTRAT AKTYWOWANYCH CZYNNIKÓW ZESPOŁU PROTROMBINY (APCC)
W LICZBIE 7 000 000 J.M. Z DOSTAWĄ W TERMINIE DO DNIA 30 CZERWCA 2018 R.****1. Cena oferty**

Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I PRODUCENT	LICZBA J.M.	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN*
1	2	3
	7 000 000	

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

.....

Cena jednostkowa brutto za 1 j.m. przedmiotu zamówienia wynosi:

(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)

2. Termin ważności przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 30 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min. ___ miesięcy** od daty podpisania protokołu odbioru produktu leczniczego bez zastrzeżeń.

3. Czas przechowywania przedmiotu zamówienia w temperaturze co najmniej do 24 stopni Celsjusza włącznie (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3).

Oferuję następujący czas przechowywania w temperaturze co najmniej do 24 stopni Celsjusza włącznie - **___ miesięcy**.

4. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. (kryterium nr 4):

TAK/NIE *

**niepotrzebne skreślić*

UWAGA! Nie zaznaczenie żadnej z powyższych opcji jest jednoznaczne z brakiem deklaracji wykonywania zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych.

CZEŚĆ 3**KONCENTRAT AKTYWOWANYCH CZYNNIKÓW ZESPOŁU PROTROMBINY (APCC)
W LICZBIE 7 000 000 J.M. Z DOSTAWĄ W TERMINIE DO DNIA 31 SIERPNIĄ 2018 R.****1. Cena oferty**

Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I PRODUCENT	LICZBA J.M.	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN*
1	2	3
	7 000 000	

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

.....

Cena jednostkowa brutto za 1 j.m. przedmiotu zamówienia wynosi:

(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)

2. Termin ważności przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 30 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min. ___ miesięcy** od daty podpisania protokołu odbioru produktu leczniczego bez zastrzeżeń.

3. Czas przechowywania przedmiotu zamówienia w temperaturze co najmniej do 24 stopni Celsjusza włącznie (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3).

Oferuję następujący czas przechowywania w temperaturze co najmniej do 24 stopni Celsjusza włącznie - **___ miesięcy**.

4. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. (kryterium nr 4):

TAK/NIE *

**niepotrzebne skreślić*

UWAGA! Nie zaznaczenie żadnej z powyższych opcji jest jednoznaczne z brakiem deklaracji wykonywania zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych.

**IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU
ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY**

1. Terminy, wielkość i warunki dostawy [Zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. V pkt 1 i 3 SIWZ.

2. Warunki finansowania i płatności [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki finansowania i płatności określone w rozdz. V pkt 5 SIWZ.

3. Sposób kalkulacji ceny [Zgodnie z rozdziałem V pkt 6 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 6 SIWZ.

4. Obowiązki wykonawcy [Zgodnie z rozdziałem V pkt 7 SIWZ]:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 7 SIWZ.

5. Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące pozwolenie na dopuszczenie do obrotu [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

V. WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:

..... zał. nr

2. Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:

.....
(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić :

.....

IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....
Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....
i określenie czego dotyczy :

.....
Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :
.....
.....

X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Ponadto oświadczamy, że:

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ, oraz będzie gotowy do eksploatacji bez żadnych dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego,
- jesteśmy związani ofertą przez 90 dni od upływu terminu na składanie ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy*

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Kopia ważnego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu	
...		
...		
...		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczętka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 45/18**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

KONCENTRAT AKTYWOWANYCH CZYNNIKÓW**ZESPOŁU PROTROMBINY (APCC)**

Pieczeńc ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/_____ r.

podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/_____ r.

podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- **nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne***
- **wydano wyrok lub decyzję***

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

**niepotrzebne skreślić*

_____, dnia ___/___/_____ r.

podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy