

..... 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 lub PESEL (os. fizyczna) .....
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 **KRAJOWEGO CENTRUM DS. AIDS**  
 na podstawie udzielonego pełnomocnictwa

znak: **ZZP- 94/18** na:

**ZAKUP LEKU ANTYRETROWIRUSOWEGO  
 ABACAVIR/LAMIVUDINE**

\* wypełnić fakultatywnie

### III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

#### 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 OPAKOWAŃ	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN*
1	2	3
	<b>700</b>	

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ cło: ..... %                      → VAT: ..... %

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

.....

**Cena jednostkowa brutto za 1 opakowanie przedmiotu zamówienia wynosi:** .....  
(dopuszczą się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)

2. **Wymiana leku** (waga w ocenie ofert : 40 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następującą procentową ilość wymiany leku- \_\_\_\_\_ % ilości całkowitej

### 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 SIWZ]:

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

2. **Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące świadectwa i certyfikaty** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 SIWZ]:

Nazwa dokumentu .....

..... zał. nr .....

Nazwa dokumentu .....

..... zał. nr .....

3. **Terminy ważności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy ważności określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.

Oferuję następujący termin ważności - **min.** \_\_\_\_\_ **miesiące** od daty dostawy do magazynu depozytowego (minimalny termin ważności).

4. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

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

**4. 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.

**5. 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.

**V. WPLATA WADIUM**

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

**WADIUM NIE JEST WYMAGANE.**

**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]

1. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji zamówienia ....., nr tel. ...., adres poczty elektronicznej: ....., nr faksu, na który winny zostać przesyłane zapotrzebowania.....
2. W przypadku wyboru mojej oferty, informuję, że płatności za wykonanie przedmiotu zamówienia, winny być dokonywane na rachunek bankowy nr: .....
3. Dostarczymy przedmiot zamówienia do magazynu depozytowego zlokalizowanego w hurtowni farmaceutycznej wykonawcy pod adresem: .....

**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 21 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,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania 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 lub podpis osoby fizycznej*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy dotyczące spełnienia warunków w postępowaniu	
2.	Oświadczenie wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania	
3.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
4.	Kopia ważnego, aktualnego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu	
...		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

ZAAŁACZNIK NR 1 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 94/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIENŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA W SPRAWIE:

Zakup leku antyretrowirusowego Abacavir/Lamivudine

Pieczczę ubiegającego się o zamówienie publiczne

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST. 1 USTAWY Z DNIA 29 STYCZNIA 2004 R.

PRAWO ZAMÓWIENŃ PUBLICZNYCH (DALEJ JAKO: USTAWA PZZ)

### DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **rozdziale III SIWZ**.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

### INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w **rozdziale III SIWZ** polegam na zasobach następującego/yh podmiotu/ów:

.....  
....., w  
następującym zakresie: .....

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

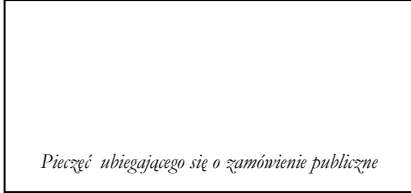
*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do  
reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 94/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIENŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA W SPRAWIE:

Zakup leku antyretrowirusowego Abacavir/Lamivudine



**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST. 1 USTAWY Z DNIA 29 STYCZNIA 2004 R.  
PRAWO ZAMÓWIENŃ PUBLICZNYCH (DALEJ JAKO: USTAWA Pzp)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

jako upoważniony do reprezentowania wykonawcy/ firmy [nazwa firmy]:

\_\_\_\_\_

- 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
- 2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp. podjąłem następujące środki naprawcze:

.....  
.....

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*



**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: .....(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawca/ami: ..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 94/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA W SPRAWIE: :

Zakup leku antyretrowirusowego Abacavir/Lamivudine

Pieczeć ubiegającego się o zamówienie

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.2.,1.3.,1.4. 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 pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

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

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*

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 pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy lub podpis osoby fizycznej*