

..... 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- 84/19** na:

**ZAKUP LEKU ANTYRETROWIRUSOWEGO
 DARUNAVIR/COBICISTAT**

* *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 HANDLOWA, PRODUCENT, POSTAĆ, WIELKOŚĆ OPAKOWAŃ I/LUB OBJĘTOŚĆ	LICZBA OPAKOWAŃ	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA W PLN*
1	2	3
	311	

* 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 dwóch 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 4 SIWZ.

Oferuję następujący termin ważności - _____ **miesiący** 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 przesłane 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 Pzp. / 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.

XI. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

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

XII. INFORMACJE O MAŁYCH/ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTWACH

Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem¹?

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

¹ / - Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. *dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw* (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.**

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

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

Średnie przedsiębiorstwo: 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.

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 pieczęć 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

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-84/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIENŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA

*Pieczczę ubiegającego się o zamówienie
publiczne (jeżeli dotyczy)*

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-84/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST. 1 USTAWY Z DNIA 29 STYCZNIA 2004 R.
PRAWO ZAMÓWIEŃ 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 pieczęć 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 pieczęć 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-84/19

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA

Pieczęć 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