

..... 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 **NARODOWEGO CENTRUM KRWI W WARSZAWIE**  
 na podstawie udzielonego pełnomocnictwa

znak: **ZZP-44/18**, w sprawie dostawy:

**KONCENTRAT CZYNNIKA KRZEPNIĘCIA IX (OSOCZOPPOCHODNEGO LUB REKOMBINOWANEGO)**  
**Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO NARODOWEGO CENTRUM KRWI**  
**CZĘŚCI 1÷2**

(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 CZYNNIKA KRZEPNIĘCIA IX (OSOCZOPCHODNEGO LUB REKOMBINOWANEGO)  
Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO NARODOWEGO CENTRUM KRWI  
W LICZBIE 5 000 000 J.M. Z DOSTAWĄ W TERMINIE DO DNIA 14 LISTOPADA 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
	<b>5 000 000</b>	

\* 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)*

**Magazyn depozytowy będzie znajdował się pod adresem:**

.....

Uwaga : Lokalizację magazynu depozytowego należy wskazać maksymalnie w jednym miejscu.

**2. Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 25 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. Odległość magazynu depozytowego od siedziby NCK w Warszawie ul. Miodowa 1** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. (kryterium nr 4):

wynosi: ..... kilometrów w linii prostej (należy podać z dokładnością do 2 miejsc po przecinku)

Uwaga: Do wyliczenia odległości w linii prostej należy zastosować kalkulator odległości dostępny pod adresem: <http://odleglosci.info/>

**5. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.5. (kryterium nr 5):

**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 CZYNNIKA KRZEPNIĘCIA IX (OSOCZOPPOCHODNEGO LUB REKOMBINOWANEGO)  
Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO NARODOWEGO CENTRUM KRWI  
W LICZBIE 5 000 000 J.M. Z DOSTAWĄ W TERMINIE DO DNIA 28 LISTOPADA 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
	<b>5 000 000</b>	

\* 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)*

**Magazyn depozytowy będzie znajdował się pod adresem:**

.....

Uwaga : Lokalizację magazynu depozytowego należy wskazać maksymalnie w jednym miejscu.

**2. Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 25 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. Odległość magazynu depozytowego od siedziby NCK w Warszawie ul. Miodowa 1** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. (kryterium nr 4):

wynosi: ..... kilometrów w linii prostej (należy podać z dokładnością do 2 miejsc po przecinku)

Uwaga: Do wyliczenia odległości w linii prostej należy zastosować kalkulator odległości dostępny pod adresem: <http://odleglosci.info/>

**5. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.5. (kryterium nr 5):

**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 pieczętka 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*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 44/18**  
 PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :  
**KONCENTRAT CZYNNIKA KRZEPNIĘCIA IX**  
**(OSOCZOPOCHODNEGO LUB REKOMBINOWANEGO)**  
**Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO NARODOWEGO CENTRUM KRWI**

Pieczęć 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 pieczęćka 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 pieczęćka 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 pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*