



Szpital Psychiatryczny  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Węgorzewie

Załącznik Nr 1 do SIWZ,  
nr sprawy: 12/2018

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: .....

Siedziba: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Strona internetowa: .....

Numer telefonu: .....

Numer faksu: .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

**Zamawiający:**

Szpital Psychiatryczny  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Gen. J. Bema 24  
11-600 Węgorzewo  
tel.: (87) 427 27 66  
faks: (87) 427 27 85  
e-mail: [spspzozw@wp.pl](mailto:spspzozw@wp.pl)  
[www.spspzozwegorzewo.republika.pl](http://www.spspzozwegorzewo.republika.pl)

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym: **Sukcesywne dostawy produktów farmaceutycznych**, Nr sprawy: **12/2018**, oferujemy wykonanie **zamówienia podstawowego**, określonego w Formularzu cenowym, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

Nr zad.	Nazwa zadania	Wartość netto bez podatku VAT dostawy rocznej	.....% podatku VAT i jego kwota	Wartość brutto dostawy rocznej
1				
2				
3				
4				
5				

Szpital Psychiatryczny  
SP ZOZ w Węgorzewie  
11-600 Węgorzewo  
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66  
F: 87 427 27 85  
E: [spspzozw@wp.pl](mailto:spspzozw@wp.pl)  
W: [www.spspzozwegorzewo.republika.pl](http://www.spspzozwegorzewo.republika.pl)

ZOL P Rudziszki 87 437 80 13  
WOTUW Giżycko 87 428 40 30  
PZP Giżycko 87 429 13 98  
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu  
Zarządzania Jakością  
ISO 9001:2008  
Nr. IT-65931



**Szpital Psychiatryczny  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Węgorzewie**

6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Oświadczam/ oświadczamy, że:

**1/. Oferuję/ oferujemy termin dostaw cząstkowych do ..... dni roboczych od daty złożenia zamówienia, lub w wyjątkowych sytuacjach, w trybie pilnym do 2 dni od daty złożenia zamówienia.**

2/. Warunki płatności: płatność nastąpi po każdorazowej dostawie przedmiotu zamówienia, przelewem w ciągu 45 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

3/. Okres gwarancji – ważności leków: **6 miesięcy, liczony od daty dostawy towaru.**

4/. Zapoznałem się/zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem/ uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

5/. Uważam się/ uważamy się za związanego/ związanych ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

6/. Załączone do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia Postanowienia umowy / wzór umowy – załączniki nr 7 do SIWZ zostały przeze mnie/ nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się/ zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/ naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

Szpital Psychiatryczny  
SP ZOZ w Węgorzewie  
11-600 Węgorzewo  
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66  
F: 87 427 27 85  
E: [spszozw@wp.pl](mailto:spszozw@wp.pl)  
W: [www.spszozwewegorzewo.republika.pl](http://www.spszozwewegorzewo.republika.pl)

ZOL P Rudziszki 87 437 80 13  
WOTUW Giżycko 87 428 40 30  
PZP Giżycko 87 429 13 98  
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu  
Zarządzania Jakością  
ISO 9001:2008  
Nr. IT-65931



**Szpital Psychiatryczny  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Węgorzewie**

7/. Oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

8/. Zobowiązuję się/ zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami/ wymaganiami organizacyjnymi określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz załącznikach do niej.

9/. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt. 3 Pzp i art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 419).

10/. zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp wybór naszej oferty będzie\*/ nie będzie\* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami:

.....  
(należy wypełnić jeżeli dotyczy),

Osobą upoważnioną przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji niniejszego zamówienia jest: .....,  
tel. .... fax....., e'mail.....

Zamówienia należy składać na nr faksu: .....  
lub adres e-mail: .....

**Dokumenty:**

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

.....  
.....  
.....

**Zastrzeżenie Wykonawcy**

.....  
.....

Oświadczamy, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach od nr ..... do nr ..... – niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Inne informacje Wykonawcy:

.....  
.....

Informacje na temat Podwykonawców

.....

.....  
(data i podpisy osób upoważnionych do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Szpital Psychiatryczny  
SP ZOZ w Węgorzewie  
11-600 Węgorzewo  
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66  
F: 87 427 27 85  
E: [spspzozw@wp.pl](mailto:spspzozw@wp.pl)  
W: [www.spspzozwwegorzewo.republika.pl](http://www.spspzozwwegorzewo.republika.pl)

ZOL P Rudziszki 87 437 80 13  
WOTUW Giżycko 87 428 40 30  
PZP Giżycko 87 429 13 98  
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu  
Zarządzania Jakością  
ISO 9001:2008  
Nr. IT-65931