Znak sprawy: DZP/COV-19/06/2021 **Załącznik Nr 2 do Zaproszenia**

Nazwa oferenta, siedziba

Oferta Wykonawcy

Do Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego

im Jana Bożego w Lublinie

ul. Biernackiego 9

20 – 089 Lublin

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na **„****dostawę immunoglobulin** **IgG + IgM”** – składam poniższą ofertę:

1. Dane oferenta:

1. Nazwa ...........................................................................................................

2. Siedziba .........................................................................................................

3. NIP ………………………………………………………………………….

4. REGON .......................................................................................................

5. KRS ……………………………………………………………………….

6. Nr telefonu, mail Wykonawcy ........................................................................

7. Data sporządzenia oferty ..................................

1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia spełniającego wymagania określone w „Zaproszeniu”:

1. Za cenę brutto: ................. zł, słownie . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . \*

2. Za cenę netto:.................zł, słownie . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . \*

3. VAT: ................................zł,   
4. Stawka VAT: .................. ..%

**III.** Proponuje następujące warunki realizacji umowy:

1. Termin realizacji całości zamówienia\*\*: ......................................... (12 miesięcy),
2. Termin dostaw cząstkowych\*\*: ……………………………………(do 24 godz.),
3. Termin dostaw na cito\*\*: …………………………………..………(do 6 godz.).

4. Warunki płatności:

- forma płatności – przelew,

- termin płatności (min. 60 dni, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury) …… dni,

na konto Wykonawcy w Banku ………………………………., numer: …………………………..……….\*

5. Termin ważności: ………………………..(min. 6 miesięcy).

**IV. Oświadczamy, iż:**

1. posiadamy kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej - Zamawiający wymaga posiadania wymaganej prawem aktualnej koncesji/ zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej/ składu celnego/ składu konsygnacyjnego na prowadzenie obrotu asortymentem stanowiącym przedmiot zamówienia/ zezwolenia na wytwarzanie surowców farmaceutycznych stanowiących przedmiot ofert,
2. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej realizację zamówienia,
3. spełniamy warunek, co do terminu realizacji zamówienia i dostaw sukcesywnych, określony w pkt. II.1.,II.2. Zaproszenia.
4. oferujemy asortyment posiadający wymaganą rejestrację i aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

**V.** Wykonawca jest/ nie jest mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorcą (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz. U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).

(**odpowiednie zaznaczyć lub podkreślić**):

******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 przedsiębiorstwa**: 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.)

**VIII.** Wykaz złożonych dokumentów

1. ……………………………………….

2. ……………………………………….

3. ……………………………………….

4. ……………………………………….

5. ……………………………………….

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

*Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania firmy*

*\*\* - podać termin zgodny z terminem określonym w pkt. II Zaproszenia do złożenia oferty.*