**Załącznik nr 1 do IDW – Wzór Formularza Ofertowego**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/P/D -5/2020**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:** ........................................................................................................................

2. **Zarejestrowany adres Wykonawcy:** ...........................................................................................................................

Telefon: ................................................... e-mail: .............................................

NIP: ..................................................... REGON: ..................................................

adres skrzynki ePUAP: …………………………………….

3. **Cena ofertowa:**

Oferujemy wykonanie całości **przedmiotu zamówienia** za cenę wynikającą z Formularza asortymentowo-cenowego w kwocie:

Cena brutto ............................. zł   
(słownie: .................................................................................................. zł)

tj. cena netto………………………………….zł

(słownie:……………………………………………………………………………………..zł)

W tym podatek VAT w kwocie…………………zł

**4.** **INFORMUJEMY**, że \*\*:

* wybór oferty **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \*.
* wybór oferty **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących *towarów* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*.

Wartość *towaru* powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł netto \***.**

\* niepotrzebne skreślić

*\*\* dotyczy Wykonawców*, *których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

**5.** **OŚWIADCZAM,** że zapoznałem się z treścią SIWZ i akceptuję jej postanowienia.

**6.** **OŚWIADCZAM,** że zapoznałem się z treścią Projektu umowy (część III SIWZ) i akceptuję jego postanowienia.

**7.** **OŚWIADCZAM,** że zapoznałem się z „Opisem przedmiotu zamówienia (OPZ)” – cz. II SIWZ i zgodnie   
z jego treścią wykonam przedmiot zamówienia.

**8.** **OŚWIADCZAM**, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres **60 dni** od dnia upływu terminu składania ofert.

**9.** **OŚWIADCZAM,** że:

oferowany lek posiada aktualne wymagane prawem zezwolenia dopuszczające do obrotu i używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z wymaganiami określonymi w Ustawie z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne i oświadczam, iż na każde żądanie Zamawiającego przedstawię aktualne dokumenty potwierdzające ten fakt

**10. OŚWIADCZAMY**, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ - stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr \_\_\_ do oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.

**11. ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ZAMIERZAMY **powierzyć wykonanie części zamówienia następującym podwykonawcom (o ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców)\*.**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**\* -** *nieodpowiednie skreślić*

**12. OŚWIADCZAMY**, iż jesteśmy przedsiębiorstwem *(zaznaczyć właściwe):*

□ mikro

□ małym

□ średnim

□ dużym

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.*

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

***\* UWAGA - w/w Oświadczenie należy wykreślić w przypadku*** *gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa*

**RODO** - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

14. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty)

Data : …………………….

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Propozycja/wzór**

**Oświadczenie Wykonawcy –grupa kapitałowa (przynależy)**

**Załącznik nr 3A do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/P/D -5/2020**

Ja (my), niżej podpisany…………………………………………………. *(imię i nazwisko składającego (ych) oświadczenie),* będąc upoważnionym (mi) do reprezentowania Wykonawcy:

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: ..............................................................................

Adres ...................................................................................................................

NIP.........................................................   
Regon.....................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na  
**Sukcesywna dostawa leku do terapii wirusowego zapalenia wątroby typu C w ramach programu lekowego finansowanego ze środków NFZ na potrzeby Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ**

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843) oświadczam, że po zapoznaniu się z firmami oraz adresami wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie, zamieszczonymi na stronie internetowej Zamawiającego http://www.spzoz.wroc.pl/bip oraz na miniPortalu https://miniportal.uzp.gov.pl/przynależę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, z następującymi wykonawcami:

1. ……………………………………………………………………….…………………………………..
2. ……………………………………………………………………….…………………………………..

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

***Przez grupę kapitałową*** *- należy rozumieć wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę, w rozumieniu art. 4 pkt 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronir konkurencji i konsumentów*

**Propozycja/wzór**

**Oświadczenie Wykonawcy –grupa kapitałowa (nie przynależy)**

**Załącznik nr 3B do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ/P/D -5/2020**

Ja (my), niżej podpisany…………………………………………………. *(imię i nazwisko składającego (ych) oświadczenie),* będąc upoważnionym (mi) do reprezentowania Wykonawcy:

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: ..............................................................................

Adres ...................................................................................................................

NIP.........................................................   
Regon.....................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na   
**Sukcesywna dostawa leku do terapii wirusowego zapalenia wątroby typu C w ramach programu lekowego finansowanego ze środków NFZ na potrzeby Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ**

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843), oświadczam, że po zapoznaniu się z firmami oraz adresami wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie, zamieszczonymi na stronie internetowej Zamawiającego http://www.spzoz.wroc.pl/bip oraz na miniPortalu <https://miniportal.uzp.gov.pl/> nie przynależę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 23 Pzp, z żadnym z tych wykonawców.

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

***Przez grupę kapitałową*** *- należy rozumieć wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni*

*przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę, w rozumieniu art. 4 pkt 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronir konkurencji i konsumentów*