

Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy
ul. Zachodnia 6
99-100 Łęczyca

Warszawa, dnia 27.10.2020 roku

OFERTA
Nr sprawy ZOZ.ZP.382- 24/20

1. Spis treści
2. Formularz ofertowy
3. Formularz cenowy
4. Dane ofertowe
5. Dowód wpłaty wadium

Podpisany Formularz JEDZ oraz podpisane Pełnomocnictwo stanowią integralną część oferty i załączone są w odrębnych plikach.

Z poważaniem,

Monika Augustyniak
Pełnomocnik

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Monika Augustyniak

Tel (22) 209 62 21, fax (22) 209 70 04, e-mail:monika.augustyniak@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

FORMULARZ OFERTY

.....
pieczęć Wykonawcy

Dane wykonawcy:

1. zarejestrowana pełna nazwa przedsiębiorstwa:

Lek S.A

2. kod pocztowy: ..95-010....., miejscowość:Stryków.....,

3. ulica:Podliie.....,

4. nr domu:16....., nr lokalu:,

5. województwo: ...łódzki....., powiat:zgierski.....,

6. nr telefonu:222096221....., nr faksu:222097004.....,

7. internet: http:// www.sandoz.pl....., e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com,

8. REGON: ..471255608....., NIP: ...7281341936.....,

9. Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorcą: **TAK / NIE** (niepotrzebne skreślić),

10. nr konta bankowego, na które będą przekazywane płatności z tytułu realizowania zamówienia:

Banku BGŻ BNP Paribas S.A. nr 80160011271847145530000001

11. reprezentant wykonawcy uprawniony do występowania w jego imieniu w niniejszym przetargu:

Monika Augustyniak.....

12. reprezentant wykonawcy uprawniony do podpisania umowy w jego imieniu:

.Maciej Krzakowski.....

Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy
ul. Zachodnia 6
99-100 Łęczyca

O F E R T A

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty w trybie przetargu nieograniczonego pn.

DOSTAWA PRODUKTÓW FARMACEUTYCZNYCH NA POTRZEBY ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZICY
oferujemy Państwu, w przypadku zakupu w naszej firmie, dokonanie transakcji za cenę:

zadanie 1: **109 437,95** zł netto, podatek VAT..... 8 755,03 zł zł, brutto: **118 192,98** ,-zł

zadanie 2: zł netto, podatek VAT..... zł, brutto:
.....,-zł

zadanie 3:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 4:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 5:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 6:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 7:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 8:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 9:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 10:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 11:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 12:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 13:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				
zadanie 14:	zł netto,	podatek VAT.....	zł,	brutto:
.....,-zł				

łącznie **netto:** **109 437,95**
. zł

(słownie złotych: sto dziewięć tys. czterysta trzydzieści siedem 95/100.....)

łącznie **brutto:** **118 192,98**
... zł

(słownie złotych:sto osiemnaście tys. sto dziewięćdziesiąt dwa 98/100.....)

w tym **podatek VAT** 8 755,03 zł **.. zł** (słownie złotych: osiem tys siedemset pięćdziesiąt pięć 03/100)

Cena obejmuje wszystkie składniki związane z zakupem i dostarczeniem towaru do magazynu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łęczycy przy ul. Zachodniej 6.

Szczegółowy wykaz asortymentowo-cenowy towaru przedstawiają tabele stanowiące integralną część oferty (Załącznik nr 11).

Jednocześnie oświadczamy, że:

- 1) wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie 60 dni,
- 2) okres stałości cen netto – cały okres obowiązywania umowy,
- 3) termin dostawy będzie wynosił 3 dni robocze od daty złożenia zamówienia z zastrzeżeniem pierwszej partii towaru, którą Wykonawca dostarczy w terminie nie późniejszym niż 7 dni od daty podpisania umowy,
- 4) oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty,
- 5) akceptujemy zawarty w SIWZ projekt umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w siedzibie Zamawiającego we wskazanym przez Zamawiającego terminie,
- 6) oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ,
- 7) dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami / ~~z udziałem podwykonawców~~, (*niepotrzebne skreślić)

- 8) powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówieni,

.....

(wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)

- 9) ofertę niniejszą składamy na zgodnie ze spisem treści str 1 ... kolejno ponumerowanych stronach,
- 10) oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,
- 11) wadium w kwocie ... 2 200,00..... zł na zadania ...1..... zostało wniesione w dniu ..20,10..... w formieprzelew.....
- 12) pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 ustawy kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997r. - Dz. U. nr 88, poz. 553 ze zmianami).

Załącznikami do niniejszej oferty są :

–Wykaz zał str 1.....

–

–

–

–

...Warszawa 27.10.2020

(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć
osób wskazanych w dokumencie
uprawnionych do występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo)

Wyrażam zgodę / ~~nie wyrażam zgody~~ (*niepotrzebne skreślić) na przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych podanych dokumentacji związanej z niniejszym postępowaniem przetargowym zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm).

...Warszawa 27.10.2020.....

(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć
osób wskazanych w dokumencie)

Leki

Różne produkty lecznicze: 33.69.00.00-3

Zadanie 1

l.p.	Nazwa leku	Dawka / stężenie	Postać / forma	Ilość sztuk w opakow.	Ilość opakowań	Cena jednostk. netto	Wartość netto	VAT	wartość brutto
						zł	zł	%	zł
1	Acetylcysteine 100mg/ml/ / Acetylcysteine Sandoz roztw.do inf.100mg/mlx5 amp/3 ml	0,3 g / 3 ml.	inj.	5	200	29,98	5 996,00	8%	6 475,68
2	Altacet/ / Altacet a 6 tabl.	1 g	Tabl. Rozpuszczalne	6	350	3,85	1 347,50	8%	1 455,30
3	Amoksiklav 0.6g/ Amoksiklav fiol. 0.6 g x 5 szt.	-	inj.	5	300	19,00	5 700,00	8%	6 156,00
4	Amoksiklav 1,2 G/ Amoksiklav fiol. 1,2 g x 5 szt.	-	inj.	5	1 500	28,00	42 000,00	8%	45 360,00
5	Amoksiklav 400 Mg + 57 Mg /70ml/ Amoksiklav zawiesina 457 mg / 5 ml - 70 ml	-	Proszek -> Zawiesina	70	20	9,80	196,00	8%	211,68
6	Amoksiklav 500 Mg + 125 Mg/ Amoksiklav tabl.powl. 625 mg x 14 szt.	-	tabl. powl.	14	60	3,52	211,20	8%	228,10
7	Amoksiklav 875 Mg + 125 Mg/ Amoksiklav tabl.powl. 1000 mg x 14 szt.	-	tabl. powl.	14	140	5,00	700,00	8%	756,00
8	Altabactin/ Altabactin maść 20g (250 IU + 5 mg)	-	maść	1	50	8,00	400,00	8%	432,00
9	Beto 100 Zk/ Beto 100 ZK tabl.przedl.uwal. 95 mg x 30 szt.	0,095 g bursztynianu = 0,1 g winianu	tabl.	28	<u>75</u>	1,29	96,75	8%	104,49
10	Dobutamin-Sandoz 250mg/ Dobutamin Sandoz fiol. 250 mg x 1	0,25 g	inj.	1	450	29,90	13 455,00	8%	14 531,40
11	Biofazolin 1 g/ Cefazolin 1 g x 10	1 g	inj.	10	200	56,00	11 200,00	8%	12 096,00
12	Edicin 0.5g/ Edicin fiol. 500 mg x 1	0,5 g	inj.	1	500	20,00	10 000,00	8%	10 800,00
13	Ferrum Lek 2 ml dom./ Ferrum LEK amp. i.m. 2ml x 50 szt.	0,1 g żelaza / 2 ml	inj.	50	10	269,54	2 695,40	8%	2 911,03
14	Ketonal 100mg/2ml/ Ketonal amp. 100 mg / 2 ml x 10 szt.	0,1 g / 2 ml	inj.	10	1 000	10,80	10 800,00	8%	11 664,00
15	KetonalActive 50 mg/ Ketonal Active 50mg x 20 caps.	0,05 g	kaps.	20	120	2,59	310,80	8%	335,66
16	Ketonal Forte/ Ketonal forte tbl.powl. 100mg x 30 szt.	0,1 g	tabl. powl.	30	300	2,59	777,00	8%	839,16
17	Klimicin 0.3mg/2ml/ Klimicin amp. 300 mg / 2 ml x 5 szt.	300mg / 2ml	inj.	5	50	15,00	750,00	8%	810,00

18	Klimicin 300mg/ Klimicin kapsułki 300 mg x 16 szt.	0,3 g	kaps.	16	30	10,91	327,30	8%	353,48
19	Xorimax 500/ Xorimax 500 draż. 500 mg x 10	0,5 g	draż.	10	150	16,50	2 475,00	8%	2 673,00

UWAGA:

Ceny jednostkowe dotyczą 1 opakowania

RAZEM

109 437,95

118 192,98

Zbiorcze zestawienie wartości

	Wartość netto	Wartość brutto	WADIUM wmiesione	WADIUM wymagane
	[zł]	[zł]		
Zadanie 1	109 437,95	118 192,98		2 200
Zadanie 2	-	-		4 500
Zadanie 3	-	-		700
Zadanie 4	-	-		150
Zadanie 5	-	-		nie żąda się
Zadanie 6	-	-		500
Zadanie 7	-	-		5 000
Zadanie 8	-	-		4 000
Zadanie 9	-	-		3 000
Zadanie 10	-	-		6 000
Zadanie 11	-	-		8 250
Zadanie 12	-	-		3 500
Zadanie 13	-	-		1 200
Zadanie 14	-	-		1 000
Razem:	109 437,95	118 192,98		40 000
	25 633,70 €			
VAT=	8 755,03 zł			



BNP PARIBAS

Potwierdzenie realizacji przelewu

BNP Paribas Bank Polska S.A.

ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa

www.bnpparibas.pl

tel. 801 321 123

Informacje o transakcji: 225_PRZELEW INTERNETOWY

Nadawca przelewu:

Nr Rachunku: PL80160011271847145530000001

Nazwa Banku: BNPPL O./Warszawa

Nadawca: Lek SA
ul. Podlipie 16
95-010 Stryków**Odbiorca przelewu:**

Nr Rachunku: 77 1130 1163 0014 7046 6420 0002

Nazwa Banku: BGK Reg.Łódzki

Odbiorca: Zespół Opieki Zdrowotnej

Szczegóły płatności:Wadium w postępowaniu
ZOZ.ZP.382-24/20**Kwota:**

2 200,00 PLN

Data realizacji:

20.10.2020

Numer referencyjny transakcji:

CEN2010200766729

Niniejsze potwierdzenie przelewu zostało sporządzone na podst. art. 7 ustawy Prawo Bankowe (Dz.U. nr 72 z 2002r., poz. 665, z późniejszymi zmianami). Dokument wygenerowany komputerowo, za pomocą systemu bankowości internetowej BiznesPI@net, nie wymaga podpisu ani stempla.

Uwaga! Data waluty jest prezentowana tylko wówczas, gdy jest inna niż data księgowania (data realizacji).

Data sporządzenia potwierdzenia: 20.10.2020, 16:50:23

Warszawa, dnia 27.10.2020r

Szanowni Państwo,

W przypadku stawienia się naszego przedstawiciela prosimy o udostępnienie ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu, stanowiących załącznik do protokołu postępowania oraz umożliwienie sporządzenia z nich kserokopii, fotografii lub odpisów – zgodnie z art.96 ust.3 ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2010 r. w sprawie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

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

Dane teleadresowe Wykonawcy

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy

Monika Augustyniak – Starszy Specjalista ds. Przetargów

Tel (22) 209 6221

fax (22) 209 7004

e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com

Składanie zamówień

Magdalena Bąldys, Mirosław Tomaszewski

Tel. (22) 209-60-52, (22) 209-70-32

Fax. (22) 209-70-07, (22) 209-70-08

e-mail: zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

Reklamacje

Małgorzata Kołodziejczyk

Tel. (42) 295 6348

Fax. (42) 295 7191

e-mail: malgorzata.kolodziejczyk@sandoz.com

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia**. Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.

Z poważaniem,