**FORMULARZ OFERTY**

**Do zapytania ofertowego WSZ-EP-6/ZO/2021**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

**Osoba do kontaktu w sprawie oferty:**

**…………………………………………. .tel………………………. email……………………………..**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące: Dostawy leku NIRAPARIB (ZEJULA) w tabletkach dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

1. Oferujemy Lek NIRAPARIB (ZEJULA)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa leku | Ilość sztuk | Cena netto za sztukę | Wartość Netto | VAT | Wartość Brutto  | Nazwa handlowa, producent EAN, wielkość opakowania |
| NIRAPARIB (ZEJULA) w tabletkach | 84 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  | ------------------- |

**2. Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.**

**\*Kody EAN zgodne z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art.37 ust.1 ustawy refundacyjnej, obowiązującym w dniu ogłoszenia przetargu.**

**Ceny leków nie wyższe niż wysokość limitu finansowania zgodnego z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art.37 ust.1 ustawy refundacyjnej, obowiązującym w dniu ogłoszenia przetargu, a w przypadku wymagającym uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka zawierające ten instrument.**

**W celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi ustaleniami wynikającymi z zapisów właściwego dla danego produktu instrumentu dzielenia ryzyka (IDR), o którym mowa w art. 11 ust. 2 pkt 7) oraz ust. 5 pkt 2) i pkt 5) ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stanowiącego załącznik do decyzji o refundacji. Wykonawca zamówienia publicznego zapewnia, że zaoferowane produkty pochodzą z kanału dystrybucyjnego podmiotu, na który decyzja refundacyjna została wydana. Ważność leków min. 6 miesięcy od daty sprzedaży.**

3 Całkowity zakres dostawy będący przedmiotem zamówienia został opisany w zapytaniu
 ofertowym nr WSZ-EP-6/ZO/2021 w załącznikach 1,2, z którymi wykonawca zapoznał się i
 zaakceptował je w całości.

4 Oświadczamy, że oferta ważna jest do momentu podpisania umowy.

1. Przyjęliśmy następujące warunki płatności: płatność przelewem do 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego poprawnie sporządzonej faktury.
2. Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

3/……………………………………………………………….

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1)) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu2
2. Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

 Podpis i pieczęć osoby sporządzającej

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

1. 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).

2

2  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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)