*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 1/9*

**OFERTA**

Pełna nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Forma prowadzonej działalności: ……………………………………………………………………..

Adres: …………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………… Faks: ………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………

Adres skrzynki ePUAP na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem:

……………………………………………………………………………………………………….

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

Wpisany do rejestru przesiębiorcówc pod nr KRS …………………. / CEDIG

Osoba uprawniona do reprezentacji wykonawcy: ……………………………………….

*(w przypadku składani oferty wspólnej należy wpisać dane pełnomocnika „lidera” upoważnionego do wystepowania w imieniu pozostałych konsorcjantów)*

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem?                 □ TAK\*                □  NIE\*  
                                                                                                    \* UWAGA! należy zaznaczyć właściwe

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 12/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

1. Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w sposób ciągły przez okres 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia - 60 dni.
4. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Zamierzamy powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia: \*:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa (firma) i adresy podwykonawców | Zakres rzeczowy |
|  |  |

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 2/9*

**OFERTA**

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

*\* 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).*

1. Oświadczamy, że informacje zamieszczone na następujących stronach: ………….…… nie mogą być udostępniane\*.

W załączeniu Wykonawca zobowiązany jest wykazać i uzasadnić, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, w szczególności określając w jaki sposób zostały łącznie spełnione przesłanki, o których mowa w ww. ustawie.

\* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty będzie/nie będzie\*\* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług.

\*\*niewłaściwe skreślić

*(wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT).*

1. W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług i wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT\*.

Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

…………………………………………………………………………………………………

oraz Wartość tych towarów lub usług bez podatku od towarów i usług: …………………….… zł

*Uwaga! niniejszy pkt. 11 wypełniają wyłącznie Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego tzn. kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia ) podatku VAT.* \* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Poniżej podajemy dane kontaktowe dla potrzeb niniejszego postępowania.

Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………….

Osoba uprawniona do kontaktu w sprawie niniejszego postępowania:

Pan/Pani ………………………………………………………………………………...……......

Nr tel. ……………………., fax: …….……..……… adres e-mail: ………….…………………

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 3/9*

**OFERTA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 12/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

**Pakiet I – ANTYBIOTYKI**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/I do SIWZ.

* + 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu I w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
    2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu I.

**Pakiet II – LEKI PSYCHOTROPOWE**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/II do SIWZ.

* + - 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu II w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
      2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu II.

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 4/9*

**OFERTA**

**Pakiet III – MAŚCI, PŁYNY**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/III do SIWZ.

1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu III w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu III.

**Pakiet IV – AMPUŁKI**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/IV do SIWZ.

* + - 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu IV w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu IV.

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 5/9*

**OFERTA**

**Pakiet V – NEUROLEPTYKI 1**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/V do SIWZ.

* + - 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu V w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
      2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu V.

**Pakiet VI – NEUROLEPTYKI 2**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/VI do SIWZ.

1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu VI w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu VI

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 6/9*

**OFERTA**

**Pakiet VII – LEKI DOUSTNE 1**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/VII do SIWZ.

* + 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu VII w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
    2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu VII.

**Pakiet VIII – LEKI DOUSTNE 2**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/VIII do SIWZ.

* + 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu VIII w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
    2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu VIII.

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 7/9*

**OFERTA**

**Pakiet IX – LEKI DOUSTNE 3**

* 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/IX do SIWZ.

* 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu IX w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
  2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu IX.

**Pakiet X – NATRII VALPROAS + ACID VALPROICUM**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/X do SIWZ.

* + - 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu X w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
      2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu X

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 8/9*

**OFERTA**

**Pakiet XI – ENOXAPARINUM NATRICUM**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/XI do SIWZ.

1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu XI w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu XI.

**Pakiet XII – PŁYNY INFUZYJNE**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/XII do SIWZ.

* + - 1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu XII w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
      2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu XII.

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 9/9*

**OFERTA**

**Pakiet XIII – INSULINY**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/XIII do SIWZ.

1. Zamierzamy / nie zamierzamy \*\* dostarczać faktury w zakresie pakietu XIII w wersji elektronicznej w formacie „malickim” na adres e-mail: [apteka@szpitaltoszek.pl](mailto:apteka@szpitaltoszek.pl)
2. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu XIII.

*Załącznik nr* ***2/I*** *do SIWZ str. 1/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I – ANTYBIOTYKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | ACICLOVIR | 0,8 G x tabl/ tabl powl/ draż | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AMIKACIN | 500 mg /2 ML x fiol/amp | 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AMOXICILLIN | 1 G x tabl/ tabl powl/ draż | 1 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AMOXICILLIN+acid.clavulanicum | 500 mg + 125 mg x tabl/ tabl powl/ draż | 700 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AMOXICILLIN+acid.clavulanicum | 875 mg + 125 mg x tabl/ tabl powl/ draż | 7 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AMOXICILLIN+acid.clavulanicum | 1,2 G x fiol/amp | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AMPICILLIN | 0,5 G x fiol/amp | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | AZITHROMYCIN | 0,5 G x tabl/ tabl powl/ draż | 300 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CEFTRIAXONE | 1 G x fiol/amp | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CIPROFLOXACIN | 200mg/100ml x wlew/flakon | 2000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CIPROFLOXACIN | 0,5 G x tabl/ tabl powl/ draż | 3000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CLARITHROMYCIN | 0,5 G x tabl/ tabl powl/ draż | 840 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CLINDAMYCIN | 0,3 G x tabl/ tabl powl/ draż | 1 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DOXYCYCLINE | 0,1 G x tabl/tabl powl/kaps | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | FLUCONAZOLE | 0,1 G x tabl/tabl powl/ draż | 560 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | FURAZIDIN | 0,05 G x tabl/ tabl powl/ draż | 18 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | GENTAMICIN | 0,08 G/2 ML x fiol/amp | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ITRACONAZOLE | 0,1 G x tabl/tabl powl/kaps | 280 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/I*** *do SIWZ str. 2/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I – ANTYBIOTYKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | LEVOFLOXACIN | 0,5 g x tabl/ tabl powl/ draż | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | METRONIDAZOLE inj | 0,1 G/20 ML 0,5% x fiol/amp | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | METRONIDAZOLE inj | 0,5% 100ml x wlew/flakon | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | METRONIDAZOLE | 0,25 G x tabl/ tabl powl/ draż | 1600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | NIFUROXAZIDE | 0,1 G x tabl/ tabl powl/ draż | 4800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | SULFAMETHOXAZOLUM+TRIMETOPRIMUM inj | (400 mg + 80 mg) / 5 ml x fiol/amp | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | SULFAMETHOXAZOLUM+TRIMETOPRIMUM | 400 mg + 80 mg x tabl/ tabl powl/ draż | 6000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | TERBINAFINE | 0,25 G x tabl/ tabl powl/ draż | 560 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CEFUROXIME | 0,5 G x tabl/ tabl powl/ draż | 700 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Penicilunum crystalisatum inj | 5 mln j.m. x prosz.d.sp.roztw. d.wstrz. fiol | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | VANCOMYCIN - MIP 500 | 500 mg x prosz.d/ sporządzania r-r do infuzji i r-r doust. fiol. | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | MONURAL | 3 g x granulat saszetka 8g | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/II*** *do SIWZ str. 1/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II – LEKI PSYCHOTROPOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
| 1. | ALPRAZOLAM | 0,5 mg x 30 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 600 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ALPRAZOLAM | 1 mg x 30 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 120 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CLONAZEPAM inj | 1 mg / 1 ml x 10 amp./fiol. | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | CLONAZEPAM | 0,5 mg x 30 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 700 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | CLONAZEPAM | 2 mg x 30 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 300 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | CLORAZEPATE DIPOTASSIUM | 10 mg x 30 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | CLORAZEPATE DIPOTASSIUM | 5 mg x 30 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 320 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | DIAZEPAM inj | 10 mg / 2 ml x 50 amp./fiol. | 150 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | DIAZEPAM | 5 mg x 20 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3000 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | ESTAZOLAM | 2 mg x 20 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 700 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | FENTANYL inj | 0,1 mg / 2 ml x 50 amp./fiol. | 10 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | LORAZEPAM | 1 mg x 25 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | LORAZEPAM | 2,5 mg x 25 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 500 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | MIDAZOLAM inj | 5 mg / 5 ml x 10 amp./fiol. | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | MORPHINE inj | 10 mg / 1 ml x 10 amp./fiol. | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/II*** *do SIWZ str. 2/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II – LEKI PSYCHOTROPOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
| 16. | NALOXONE inj | 0,4 mg / 1 ml x 10 amp./fiol. | 5 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | NITRAZEPAM | 5 mg x 20 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 60 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | OXAZEPAM | 10 mg x 20 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | PHENOBARBITAL | 100 mg x 10 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | ZOLPIDEM | 10 mg x 20 tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 240 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | BUPRENORFINA | 35 µg/h x 1 szt. plaster, system transdermalny | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 1/5*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III – MAŚCI, PŁYNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
|  | Alantan 2% | maść 30 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Alantan | zasypka 100 g | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Aphtin | płyn 10 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Argosulfan | krem 2% 40 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Artemisol | płyn 100 ml | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Atrovent | płyn, 0,25 mg / 1 ml x 20 ml | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Atrovent N | aerozol 0,02 mg w dawce (200 dawek=10 ml) | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Benzyna apteczna | płyn 1l | 5 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Berodual | płyn, r-r do inhalacji, 20 ml | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Berotec N 100 | Aerozol 0,1 mg w dawce  (x 200 dawek = 10 ml) | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bisacodyl | Czopki 10 mg x 5 szt | 40 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Borasol | płyn 3% 200 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Butapirazol | 5% maść 30 g | 140 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clotrimazolum | krem 1% 20 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clotrimazolum | tabl.dopochwe 0,1 g x 6 tabl. | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Crotamiton | maść 10% 40 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Crotamiton | 10 % płyn na skórę 100 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Czopki glicerynowe | 2 g x 10 sztuk | 50 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Detreomycyna | maść 2% 5 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 2/5*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III – MAŚCI, PŁYNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
|  | Dicortineff | zawiesina do oczu i uszu ,  5 ml | 60 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Elocom | maść 0,1 % 30 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Enema | płyn, 150 ml | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Flegamina syrop | 4 mg / 5 ml 200 ml | 80 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Flixotide Dysk | Proszek do inhalacji.  0,25 mg x 60 dawek | 25 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Formalina | Płyn 35 % 1 litr | 4 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fortrans | X 48 saszetek 74 g | 10 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gelatum Aluminii Phosphorici | zawiesina doustna 4,5%,  250 ml | 150 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Glukoza | Proszek → płyn 75 g x saszetka o smaku cytrynowym | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gynalgin | tabl. dopochwowe x 10 szt. | 10 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hemorol | czopki x 12 szt. | 80 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Heparin forte | żel 1000 j.m / 1 g x 35 g  lub 30 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Heparinum | krem 300 j.m /1 g x 20 g | 60 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydrocortisonum | krem 1% 15 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Krople żołądkowe | krople 35 g | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lactulosum | syrop 7,5g / 15ml ,150 ml | 500 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lidocain | aerozol 10% x 38 g | 5 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lignocainum U | Jelfa żel 2% x 30 g tuba z kaniulą typu U | 160 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 3/5*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III – MAŚCI, PŁYNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
|  | Linomag | maść 30 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lorinden A | maść 15 g | 80 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lorinden C | maść 15 g | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mycosolon | maść 15 g | 10 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Naproxen | żel 10% 50 g | 350 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Neo Capsiderm | maść 30 g | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Neomycinum | maść do oczu 0,5% x 3 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Neomycinum | aerozol 55 ml | 140 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nitromint | aerozol 0,4mg w dawce  (x 200 dawek = 11g) | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Novate | maść 0,05% 30 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nystatyna | zawiesina 2,8 mln j.m /  5,8 g – 28 ml | 80 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oftensin | krople do oczu 0,25% ,5 ml | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oftensin | krople do oczu 0,5% ,5 ml | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ototalgin | krople do uszu 20% ,10 g | 40 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oxis turbuhaler | 9 mcg /dawkę x 60 dawek | 40 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oxycort | aerozol 55 ml | 60 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oxycort | maść 10 g | 60 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Parafina ciekła | płyn 100 ml | 300 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pimafucort | maść 15 g | 60 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 4/5*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III – MAŚCI, PŁYNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
|  | Płyn burowa | płyn 100 g | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Poltram | krople, 0,1 g / ml x10 ml | 150 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pulmicort turbuhaler | proszek do inhalacji 0,1 mg w dawce x 200 dawek | 40 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Rivanolum | płyn 0,1% 100 ml | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Spirytus kamforowy | płyn 10 % x 90 g lub 100 g | 300 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Spirytus salicylowy | płyn 2% 100 g /polietylen/ | 800 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sulfacetamidum | krople do oczu 10% / 0,5 ml x 12 | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Syrop prawoślazowy | syrop 125 ml | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Triderm | maść 15 g | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Woda utleniona | płyn 3% 100 ml /polietylen/ | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Xylometazolin | krople do nosa 0,1% 10 ml | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oxodil PPH | proszek do inhalacji kaps.0,012 mg x 60 kaps. +INHALATOR | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Protifar | zawiesina 2,5 g x 225 g puszka | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mediderm | 500 g krem | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Cardiamid z coffeina | krople 100 ml | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pulmicort **lub Nebbud** | zawiesina 0,25 mg/2 ml x 20 poj. | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 5/5*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III – MAŚCI, PŁYNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku\* | Dawka / postać oferowanego leku\* | Wielkość opakowań jednostkowych\* |
|  | Ventolin | płyn 5mg/2,5ml x 20 amp | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ventolin | aerozol 0,1mg w dawce x 200 dawek | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Octenisept | płyn 1 L | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Novoscabin Skin Protect | płyn na skórę 120ml | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zinci oxydi | pasta, 25% x 20 g | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Paracetamol 500 mg | czopki do odb. x 10 szt. | 30 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Butapirazol | 250mg, czopki do odb. x 5 szt. | 20 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miflonide Breezhaler | Proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 200µg x 60 kaps. | 100 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/IV*** *do SIWZ str. 1/3*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu IV – AMPUŁKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Acidum ascorbicum inj. | 0,5 g / 5 ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ambroxol inj. | 15 mg / 2ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Amiodarone inj. | 50 mg / ml x amp. | 150 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Antazolinum inj. | 100 mg / 2 ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Aqua pro injectione inj. | 5 ml x amp. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Atropinum sulfuricum inj. | 1 mg /1 ml x amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Biperiden inj. | 5 mg/1ml x amp. | 150 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Calcium Gluconate 10% inj. | 10 ml x amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dexamethasone Sodium Phosphate inj. | 4 mg / 1 ml x amp. | 300 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dobutamine inj. | 250 mg /5 ml x fiol./amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dopaminum hydrochloricum inj. 4% | 4% 0,2 g /5 ml x amp. | 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Drotaverine inj. | 0,04 g / 2 ml x amp. | 300 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ephedrynum inj. | 25 mg /ml x amp. | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Epinephrine inj. | 1 mg / 1ml x amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Etamsylate inj. | 250 mg / 2 ml x amp. | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acetylcysteine inj. | 0,3 g/ 3 ml x amp. | 30 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ferrum inj. | 0,1 g / 2 ml x amp. | 250 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Furosemide inj. | 0,02 g / 2 ml x amp. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Glucose inj. | 20% / 10 ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/IV*** *do SIWZ str. 2/3*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu IV – AMPUŁKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Glucose inj. | 40% / 10 ml x amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Glyceroli trinitras inj. | 10 mg / 10 ml x amp. | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hepatitis B Vaccine | 0,02 mg / 1 ml x fiol. | 40 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Heparinum natricum inj | 25 000 j.m/ 5 ml x fiol | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydrocortisone inj. | 100 mg x amp. + rozp. | 2 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hyoscine inj. | 20 mg /1 ml x amp. | 150 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ketoprofen inj. | 100 mg / 2 ml x amp. domięśniowe i dożylne | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lignocainum hydr.inj. | 2% 0,04 g /2 ml x amp. | 250 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Magnesium Sulfuricum inj. | 20% 2 g / 10 ml x amp. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metamizole inj. | 1 g / 2 ml x amp. | 250 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoclopramide inj. | 10 mg / 2 ml x amp. | 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoprolol inj. | 1 mg/1ml a’ 5ml x ml | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Norepinephrine inj. | 4 mg / 4 ml x amp. | 150 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Papaverine inj. | 0,04 g / 2 ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Paracetamol Kabi inj. | 1 g / 100 ml x fiol. | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Phytomenadionum inj. | 10 mg / 1 ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kalium Chloratum inj. | 15 %/ 20 ml x fiol | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Propofol 1% inj. | 0,2 g / 20 ml x fiol./amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Propranolol inj. | 1 mg / 1 ml x amp. | 40 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/IV*** *do SIWZ str. 3/3*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu IV – AMPUŁKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Sodium Bicarbonate inj. | 8,4% / 20 ml x amp. | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sodium Chloride inj. | 0,9% 5 ml x amp. | 15 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sodium Chloride inj. | 10% 10 ml x amp. | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tetanus Vaccine inj. | 40 j.m./0,5 ml x amp. | 60 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Theophyllinum inj. | 20 mg / ml 10 ml x amp. | 125 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tramadol inj. | 100 mg / 2 ml x amp. | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tranexamic acid inj. | 0,5 g / 5 ml x amp. | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Urapidilum inj. | 25 mg / 5 ml x amp. | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Viper Antitoxin inj. | 500 j.a/5 ml r-r do wstrz. x amp. | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Torasemide inj | 0,02 g/4ml x amp. | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Albumina ludzka inj. | 20% 50 ml r-r do inf x but/fiol. | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Omeprazole inj. | 40 mg proszek d/sp roztw do inf x fiol/amp. | 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/V*** *do SIWZ str. 1/3*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu V – NEUROLEPTYKI 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Amitryptylina | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Carbamazepine | 200 mg CR tabl o zmodyfikowanym uwalnianiu x tabl. | 17 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Carbamazepine | 400 mg CR tabl o zmodyfikowanym uwalnianiu x tabl | 9 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Carbamazepine | RETARD 300 mg x tabl.  o przedłużonym działaniu | 25 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Carbamazepine | RETARD 600 mg x tabl.  o przedłużonym działaniu | 15 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Chlorprothixen | 15 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 15 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Chlorprothixen | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 15 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clomipramina | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clomipramina SR | 75 mg x tabl. Retard | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Decaldol inj. | 50 mg / 1ml x amp./fiol. | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Donepezil | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 920 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Doxepin | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fluoksetyna | 20 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fluoksetyna | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Flupentiksol | 0,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Flupentiksol | 3 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/V*** *do SIWZ str. 2/3*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu V – NEUROLEPTYKI 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Flupentiksol Depot inj. | 0,02g/1 ml x amp. | | 80 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Haloperidol | 1 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 24 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Haloperidol | 5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 24 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Haloperidol inj. | 5 mg / 1ml x amp./fiol. | | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydroxyzyna syrop | 2 mg/ 2 ml x 200 ml butelka | | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Klozapina | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 15 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Klozapina | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 60 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lamotrygina | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż.. | | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levomepromazyna | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 120 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levomepromazyna inj. | 25 mg / 1ml x amp./fiol. | | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lithium Carbonicum | 250 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 18 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Opipramol | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 3 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Paroksetyna | 20 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Perazyna | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | | 30 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Perazyna | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 13 000 | | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Promazyna | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 800 | | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Promazyna | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 800 | | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/V*** *do SIWZ str. 3/3*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu V – NEUROLEPTYKI 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Prometazyna | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 40 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sertralinum | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 18 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sulpiryd | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 7 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sulpiryd | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 7 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Topiramat | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 680 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zuklopentiksol | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 8 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zuklopentiksol | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 8 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zuklopentiksol Acetate inj. | 50 mg / 1ml x amp./fiol. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zuklopentiksol Decanoate inj. | 200 mg / 1ml x amp./fiol. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Duloksetyna | 30 mg x kaps. | 3 360 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Duloksetyna | 60 mg x kaps. | 2 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pregabalina | 75 mg x kaps. twarda | 16 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Trazodoni hydrochloridum CR | 75 mg x tabl. o przedł. uwalnianiu | 9 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Trazodoni hydrochloridum CR | 150 mg x tabl. o przedł. uwalnianiu | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oxcarbazepine | 300 mg x tabl. / tabl. powl. | 5 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 1/1*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI – NEUROLEPTYKI 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Risperidon | 1 mg x tabl./tabl. powl. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Risperidon | 2 mg x tabl./tabl. powl. | 14 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Risperidon | 3 mg x tabl./tabl. powl. | 7 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Risperidon | 4 mg x tabl./tabl. powl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Citalopram | 20 mg x tabl/tabl powl/kaps/dra | 8 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Escitalopram | 10 mg x tabl/tabl powl/kaps/dra | 8 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Amisulpiryd | 200 mg x tabl/tabl powl/kaps/dra | 30 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | -------------------- | ------------------ |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 1/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Acarbose | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acarbose | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acenocoumarol | 4 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acetylsalicylic Acid | 75 mg x tabl. powl. dojelitowa | 24 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acetylsalicylic Acid | 150 mg x tabl. powl dojelitowa | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acetylsalicylic Acid | 300 mg x tabl. rozpuszczalna | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acidum ascorbinicum | 0,2 g x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 18 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Allopurinol | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Amiodarone | 200 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż.powl. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ascofer | x tabl./tabl. powl. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Asmag forte | 500 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Atenolol | 25 mg x tabl./tabl. powl. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Benserazide hydrochloride + levodopa | 50 mg + 12,5 mg x caps. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Benserazide hydrochloride + levodopa | 100 mg + 25 mg x kaps. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Benserazide hydrochloride + levodopa HBS | HBS 100 mg + 25 mg x kaps. | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Betahistine | 8 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Betahistine | 16 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 2/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Biperiden | 2 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bisacodyl | 5 mg x tabl. dojel. | 2 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bisoprolol fumaras | 2,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bisoprolol fumaras | 5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 7 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bisoprolol fumaras | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bromhexine | 8 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 8 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Calcium | x tabl. musująca | 6 720 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Captopril | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Captopril | 12,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Węgiel leczniczy | 200 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Carvedilol | 12,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Carvedilol | 6,25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Cerutin | x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 40 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Cetrizine | 0,01 g x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 5 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Cinnarizine | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clemastine | 1 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clopidogrel | 75 mg x tabl. | 1 680 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 3/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Clonidine | 75 mcg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Codeinum phosphos + Sulfoguaiacolum | x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Colchicine | 0,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Colecalciferol | 1000 j.m. (0,025 mg) x tabl./tabl. powl./kaps./draż. | 1 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Digoxin | 0,1 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Digoxin | 0,25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 300 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Diltiazem retard | 90 mg x tabl. o przedł uwal. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Doxazosin | 2 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 5 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Drotaverine | 40 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Drotaverine | 80 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Enalapril | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Enalapril | 5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Etamsylatum | 250 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 700 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Famotidine 20 | 20 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 4 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Famotidine 40 | 40 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 4 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fenofibratum | 267 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Folic Acid | 15 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 4/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Furosemide | 40 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hemofer prolongatum | x tabl./tabl. powl./kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydrochlorothiazydum | 12,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydrocortisonum | 20 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ibuprofen | 200 mg x kaps miękka | 36 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Isosorbide Mononitrate | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Isosorbide Mononitrate | 20 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Isosorbide Mononitrate Long 50 | 50 mg x tabl. o przedł. uwaln. | 900 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Isosorbide Mononitrate Retard 60 | 60 mg x tabl. o przedł. uwaln. | 360 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kaldyum | 600 mg chlorku potasu x kaps. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ketoprofen Forte | 100 mg x tabl. powlekana | 9 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levothyroxine sodium | 25 mcg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levothyroxine sodium | 100 mcg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levothyroxine sodium | 50 mcg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levothyroxine sodium | 75 mcg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Loperamide | 2 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 9 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Loratadyna | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 5/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Metamizole | 500 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metforminum SR | 750 mg SR x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metforminum | 500 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 24 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metforminum | 850 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metforminum | 1000 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoclopramide | 10 mg x tabl./tabl. powl./kaps./draż. | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoprolol 50 | 50 mg x tabl. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoprolol ZK | 50 mg x tabl. / tabletka o przedłużonym uwalnianiu | 7 280 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Molsidomine | 4 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 300 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Multilac | x caps. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nitrendipine | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 7 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hepatil lub HepaDr. | x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 24 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Heparegen | 100 mg x tabl. | 9 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pangrol | X kaps. 25 000 j. | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pancreatyna Forte | x kaps. 10 000 j. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Paracetamol | 500 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pentaerythritol comp. | x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pentoxifilline | 400 mg x tabl. o przedłuż. uwaln. | 9 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 6/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Phytomenadionum | x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pridinol | 5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 18 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Propafenoni h/chlor | 150 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 4 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Propranolol | 10 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 30 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Propranolol | 40 mg x tabl./tabl. powl./k aps./draż. | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pyridoxini h/ch | 50 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 5 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Halset | x tabl. do ssania | 14 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Simeticon | 40 mg x kaps. | 8 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sotalol | 40 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Spironolactonum | 25 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Spironolactonum | 100 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sulfasalazine EN | 500 mg x tabl./tabl. powl./ tabl. dojelitowa | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Theophylline retard | 300 mg x tabl. o przedłuż. uwaln. | 7 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Thiamazole | 5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Thiamini h/ch | 25 mg x tabl. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Thiethylperazine | 6,5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 250 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tialorid | x tabl. | 5 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ticlopidini hydrochloridum | 250 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 7/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Tramadol | 50 mg x kaps. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Venescin | x tabl. draż. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verapamil | 40 mg x tabl. powl. | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verapamil | 80 mg x tabl. powl. | 1 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vinpocetine | 5 mg x tabl. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vitaminum B compositum | x tabl./draż. | 5 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tiapridum | 100 mg x tabl. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Torasemide COR | 5 mg x tabl. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Torasemide | 10 mg x tabl. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Valsartan | 80 mg x tabl./tabl. powl. | 5 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Warfarinum natricum | 3 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Warfarinum natricum | 5 mg x tabl./tabl. powl./ kaps./draż. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gliclazidum MR | 60 mg x tabl. o zmodyf. uwalnianiu | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Indapamidum SR | 1,5 mg x tabl. powl. o przed uwalnianiu | 7 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Perindoprilum argininum | 5 mg x tabl./tabl. powl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Glimiperide | 1 mg x tabl./tabl. powl. | 2 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Glimiperide | 2 mg x tabl./tabl. powl. | 2 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oxybutynin hydrochloride | 5 mg x tabl./tabl. powl./kaps./draż. | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 8/8*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII – LEKI DOUSTNE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Bencyclanum | 100 mg x tabl. | 1 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Trimebutinum | 100 mg x tabl. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Amantadini hydrochloridum | 100 mg x kaps. | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Telmisartan | 40 mg x tabl. | 5 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Telmisartan | 80 mg x tabl. | 2 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Disominum | 500 mg x tabl. powl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Calcium dobesilate | 250 mg x tabl. / tabl. powl. / kaps. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | ------------------- | ------------------ |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/VIII*** *do SIWZ str. 1/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VIII – LEKI DOUSTNE 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Venlafaxine | 75 mg x kaps o przed.uwaln. | 16 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Venlafaxine | 37,5 mg x kaps o przed.uwaln. | 11 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Amlodypine | 5 mg x tabl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Amlodypine | 10 mg x tabl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Omeprazole | 20 mg x kaps. | 56 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Levetiracetam | 500 mg x tabl./tabl powl. | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tianeptyna | 12,5 mg x tabl powl. | 5 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydroxyzyna | 25 mg x tabl./tabl powl. | 60 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Prednisone | 5 mg x tabl. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Prednisone | 10 mg x tabl. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dexamethasone | 1 mg x tabl. | 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Losartanum kalicum | 50 mg x tabl. | 1 500 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ramipril | 5 mg x tabl. | 10 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ramipril | 10 mg x tabl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nebivolol | 5 mg x tabl./tabl powl. | 4 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/VIII*** *do SIWZ str. 2/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VIII – LEKI DOUSTNE 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Quetiapine | 25mg x tabl. powl. | 18 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Quetiapine | 100mg x tabl. powl. | 60 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Olanzapine | 5mg x tabl. powl | 36 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Olanzapine | 10mg x tabl. powl | 60 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Aripiprazolum -Swift | 15mg x tabl. uleg. rozpad. w j.ust. | 11 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nicergoline | 10 mg x tabl./ tabl. powl. | 1 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mianserin | 10 mg x tabl. | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mianserin | 30 mg x tabl. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Finasteride | 5 mg x tabl. | 3 600 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tamsulosini hydrochoridum | 0,4 mg x kaps./tabl. | 7 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | -------------------- | ------------------ |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/IX*** *do SIWZ str. 1/1*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu IX – LEKI DOUSTNE 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Rosuvastatin | 20 mg x tabl./tabl powl./kaps. | 3 360 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Simvastatinum | 20 mg x tabl./tabl. powl./kaps./draż. | 8 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Atorvastatin | 20 mg x tabl./tabl. powl./kaps. | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | -------------------- | ------------------ |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/X*** *do SIWZ str. 1/1*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu X – NATRII VALPROAS + ACID VALPROICUM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Natrii Valproas + Acid. Valproicum1) | 300 mg x tabl. o przedłużonym uwalnianiu (200 mg+87 mg) | 42 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Natrii Valproas + Acid. Valproicum1) | 500 mg x tabl. o przedłużonym uwalnianiu (333 mg+145 mg) | 108 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Natrii Valproas + Acid. Valproicum1) | 500 mg x granulat o przedłużonym uwalnianiu w saszetce (333 mg+145 mg) | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | -------------------- | ------------------ |

1) produkt musi posiadać rejestrację w chorobie afektywnej dwubiegunowej udokumentowanej w charakterystyce produktu leczniczego

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/XI*** *do SIWZ str. 1/1*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu XI – ENOXAPARINUM NATRICUM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
|  | Enoxaparinum natricum | 40 mg / 0,4 ml x ampułkostrzykawka | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Enoxaparinum natricum | 60 mg / 0,6 ml x ampułkostrzykawka | 4 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | -------------------- | ------------------ |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*Załącznik nr* ***2/XII*** *do SIWZ str. 1/1*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu XII – PŁYNY INFUZYJNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa dawka postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) |
|  | AQUA PRO INJECTIONE 500 ml\* | 200 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | SOL. RINGERI 500 ml roztwór do infuzji zawierający chlorki sodu potasu i wapnia\* | 20 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | GLUCOSUM 10% 500 ml\* | 1 400 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | GLUCOSUM 5% 500 ml\* | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | MANNITOL 20% 200MG/ML 100 ml | 100 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | NATRIUM CHLORATUM 0,9% 100 ml\* | 3 800 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | NATRIUM CHLORATUM 0,9% 250 ml\* | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | NATRIUM CHLORATUM 0,9% 500 ml\* | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny zawierający kationy Na, K, Ca, Mg oraz octan, cytrynian bez mleczanów 500 ml (OPTYLITE)\* | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  | -- |  |  |

\* w pozycjach 1,2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 wymaga się zaoferowania opakowań stojących z dwoma portami nie wymagających dezynfekcji.

*Załącznik nr* ***2/XIII*** *do SIWZ str. 1/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu XIII – INSULINY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
| **Insuliny krótkodziałające** | | | | | | | | | | | | |
|  | Insulin Neutral inj typu Polhumin R | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulin Neutral inj typu Actrapid Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 250 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulin Neutral inj typu Gensulin R | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Szybkodziałające analogi** | | | | | | | | | | | | |
|  | Insulin Glulisine typu |Apidra Solostar | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulin Aspart inj typu NovoRapid Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Insuliny o pośrednim czasie działania** | | | | | | | | | | | | |
|  | Insulinum Isophane inj typu Gensulin N, | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulinum Isophane inj typu Insulatard Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Analogi długodziałające** | | | | | | | | | | | | |
|  | Insulin Glargine typu Lantus Solostar | inj.300j.m/1wkład 3ml | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulin Detemir inj typu Levemir Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 40 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mieszanki  insuliny krótkodziałającej i o przedłużonym działaniu 30/70 %** | | | | | | | | | | | | |
|  | Insulinum Biphasic inj. typu Mixtrad 30 Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulinum Biphasic inj. typu Gensulin M30 Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr* ***2/XIII*** *do SIWZ str. 2/2*

Wykonawca: reprezentowany przez:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu XIII – INSULINY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto\*  (zł) | Wartość netto\*\*  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT\*\*  (zł) | Wartość brutto\*\*  (zł) | Nazwa handlowa  oferowanego leku \*\*\* | Dawka / postać oferowanego leku\*\*\* | Wielkość opakowań jednostkowych \*\*\* |
| **Mieszanki  insuliny krótkodziłającej i o przedłużonym działaniu 50/50%** | | | | | | | | | | | | |
|  | Isulinum Biphasic inj. typu Gensulin M50 | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulinum Biphasic inj. typu Mixtard 50 Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mieszanki analogowe** | | | | | | | | | | | | |
|  | Insulinum Aspart inj typu NovoMix 30 Penfill | inj.300j.m/1wkład 3ml | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ---------------------- | -------------------- | ------------------ |

\* Zamawiający dopuszcza podanie cen jednostkowych netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.

\*\* Cena oferty (wartość netto, VAT i brutto) winna być jednak podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* Informacje zawarte w powyższych kolumnach będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

Wymaga się w trakcie trwania umowy dostarczenia kompatybilnych wstrzykiwaczy do podawania zaoferowanych insulin w ilości żądanej przez Zamawiającego (minimum 200 sztuk), co zapewnia bezpieczne i prawidłowe podanie odpowiedniej dawki insuliny.

*Załącznik nr* ***3***  *do SIWZ*

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

. **OŚWIADCZENIE**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**12/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej Zamawiającego informacją, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp, mając na uwadze treść art. 24 ust. 11 Pzp oświadczam, że:

1. **nie należę**do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.   
   o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\*   
   z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia
2. **należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia

Należę do grupy kapitałowej w skład której wchodzą:

|  |  |
| --- | --- |
| Numer oferty | Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres Wykonawcy (podmiotu) należącego do tej samej grupy kapitałowej |
|  |  |
|  |  |

*/Wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia/*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne   
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\* Niepotrzebne skreślić.

***UWAGA!*** *Niniejsze oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp*

*Załącznik nr* ***4*** *do SIWZ*

**Standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[1]](#footnote-1).* Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[2]](#footnote-2)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer data 29.06.2020 r., strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S: 2020/S 123-300963**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[3]](#footnote-3)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | SP ZOZ Szpital Psychiatryczny  ul. Gliwicka 5  44-180 Toszek |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[4]](#footnote-4): | Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): | 12/PN/DEG/AS/2020 |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

A: Informacje na temat wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ]  [ ] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[6]](#footnote-6):  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……]  [……]  [……]  [……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)? | [] Tak [] Nie |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[8]](#footnote-8):** czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[9]](#footnote-9) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego? **Jeżeli tak,** jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie      […]   [….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:  **Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.**  a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy: b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:  c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[10]](#footnote-10): d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji? **Jeżeli nie:** **Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.**  **WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | a) [……]  b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] c) [……]    d) [] Tak [] Nie          e) [] Tak [] Nie         (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[11]](#footnote-11)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. | |
| **Jeżeli tak**: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]   b): [……]   c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko,  wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane: | [……], [……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V? | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.   
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.   
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[12]](#footnote-12).

D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] Nie Jeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców:  […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

1. udział w **organizacji przestępczej[[13]](#footnote-13)**;

**korupcja[[14]](#footnote-14)**;

**nadużycie finansowe[[15]](#footnote-15)**;

**przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną****[[16]](#footnote-16)**

**pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[17]](#footnote-17)**

**praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[18]](#footnote-18)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje? | [] Tak [] Nie  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[19]](#footnote-19) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[20]](#footnote-20): a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; b) wskazać, kto został skazany [ ]; **c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]   b) [……] c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[21]](#footnote-21) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[22]](#footnote-22) („samooczyszczenie”)? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[23]](#footnote-23): | [……] |

B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** | |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie | |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać: a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; b) jakiej kwoty to dotyczy? c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: 1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:  Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?   * Proszę podać datę wyroku lub decyzji. * W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:   2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:  d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie  [] Tak [] Nie   * [……] * [……]   c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie   * [] Tak [] Nie * [……] * [……]   c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [[24]](#footnote-24) [……][……][……] | |

C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[25]](#footnote-25)

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[26]](#footnote-26)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji: a) **zbankrutował**; lub b) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lub c) zawarł **układ z wierzycielami**; lub d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[27]](#footnote-27); lub e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona? **Jeżeli tak:**   * Proszę podać szczegółowe informacje: * Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[28]](#footnote-28).   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie   * [……] * [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[29]](#footnote-29)**?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca wie o jakimkolwiek **konflikcie interesów[[30]](#footnote-30)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie    […] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie      […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że: nie jest winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji; b) nie **zataił** tych informacji; c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | [] Tak [] Nie |

D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia? Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[31]](#footnote-31) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?  **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: | [] Tak [] Nie   [……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja α lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

α: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji α w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

A: Kompetencje

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompetencje** | **Odpowiedź** |
| **1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym** prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy[[32]](#footnote-32): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| **2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:** Czy konieczne jest **posiadanie** określonego **zezwolenia lub bycie członkiem** określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| 1a) Jego („ogólny”) **roczny obrót** w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący**: i/lub** 1b) Jego **średni** roczny **obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[33]](#footnote-33) (**)**:** Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta   (liczba lat, średni obrót)**:** [……], [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 2a) Jego roczny („specyficzny”) **obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem** i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący: **i/lub** 2b) Jego **średni** roczny **obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[34]](#footnote-34):** Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta     (liczba lat, średni obrót)**:** [……], [……] […] waluta   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę: | [……] |
| 4) W odniesieniu do **wskaźników finansowych[[35]](#footnote-35)** określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y[[36]](#footnote-36) – oraz wartość): [……], [……][[37]](#footnote-37) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 5) W ramach **ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego** wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę: Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 6) W odniesieniu do **innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych**, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że Jeżeli odnośna dokumentacja, która **mogła** zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……]      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

C: Zdolność techniczna i zawodowa

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zdolność techniczna i zawodowa** | **Odpowiedź:** |
| 1a) Jedynie w odniesieniu do **zamówień publicznych na roboty budowlane**: W okresie odniesienia[[38]](#footnote-38) wykonawca **wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju**:  Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […] Roboty budowlane: [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 1b) Jedynie w odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi**: W okresie odniesienia[[39]](#footnote-39) wykonawca **zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju**:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych[[40]](#footnote-40): | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Opis | Kwoty | Daty | Odbiorcy | |  |  |  |  | |
| 2) Może skorzystać z usług następujących **pracowników technicznych lub służb technicznych[[41]](#footnote-41)**, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości: W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót: | [……]   [……] |
| 3) Korzysta z następujących **urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości**, a jego **zaplecze naukowo-badawcze** jest następujące: | [……] |
| 4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy **zarządzania łańcuchem dostaw** i śledzenia łańcucha dostaw: | [……] |
| 5) **W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:** Czy wykonawca **zezwoli** na przeprowadzenie **kontroli[[42]](#footnote-42)** swoich **zdolności produkcyjnych** lub **zdolności technicznych**, a w razie konieczności także dostępnych mu **środków naukowych i badawczych**, jak również **środków kontroli jakości**? | [] Tak [] Nie |
| 6) Następującym **wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi** legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca: **lub** (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza: | a) [……]    b) [……] |
| 7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące **środki zarządzania środowiskowego**: | [……] |
| 8) Wielkość **średniego rocznego zatrudnienia** u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące | Rok, średnie roczne zatrudnienie: [……], [……] [……], [……] [……], [……] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [……], [……] [……], [……] [……], [……] |
| 9) Będzie dysponował następującymi **narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi** na potrzeby realizacji zamówienia: | [……] |
| 10) Wykonawca **zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom[[43]](#footnote-43)** następującą **część (procentową)** zamówienia: | [……] |
| 11) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności. Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 12) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**: Czy wykonawca może przedstawić wymagane **zaświadczenia** sporządzone przez urzędowe **instytuty** lub agencje **kontroli jakości** o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie         […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić **zaświadczenia** sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych **norm zapewniania jakości**, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić **zaświadczenia** sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych **systemów lub norm zarządzania środowiskowego**? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące **systemów lub norm zarządzania środowiskowego** mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.  
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:**

**Wykonawca oświadcza, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ograniczanie liczby kandydatów** | **Odpowiedź:** |
| W następujący sposób **spełnia** obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów: W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla **każdego** z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty: Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej[[44]](#footnote-44), proszę wskazać dla **każdego** z nich: | [….]    [] Tak [] Nie[[45]](#footnote-45)      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[46]](#footnote-46) |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[47]](#footnote-47)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[48]](#footnote-48)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby* ***[wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A]*** *uzyskał(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w* ***[wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy]*** *niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* **[określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrócony opis, adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].**

***[Należy wypisać]***

*UWAGA! – należy wypełnić część VI w miejscach zaznaczonych nawiasami [ ]*

*Załącznik nr* ***5*** *do SIWZ*

Wykonawca:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

. **OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU WYDANIA PRAWOMOCNEGO WYROKU SĄDU LUB OSTATECZNEJ DECYZJI ADMINISTRACYJNEJ O ZALEGANIU Z UISZCZANIEM PODATKÓW, OPŁAT LUB SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE LUB ZDROWOTNE ALBO – W PRZYPADKU WYDANIA TAKIEGO WYROKU LUB DECYZJI – DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH DOKONANIE PŁATNOŚCI TYCH NALEŻNOŚCI WRAZ Z EWENTUALNYMI ODSETKAMI LUB GRZYWNAMI LUB ZAWARCIE WIĄŻĄCEGO POROZUMIENIA W SPRAWIE SPŁAT TYCH NALEŻNOŚCI**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**12/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

oświadczam, że:

Nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej   
o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne\*.

\* W przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia   
w sprawie spłat tych należności

*Załącznik nr* ***6*** *do SIWZ*

Wykonawca:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU ORZECZENIA WOBEC NIEGO TYTUŁEM ŚRODKA   
ZAPOBIEGAWCZEGO ZAKAZU UBIEGANIA SIĘ  
O ZAMÓWIENIA PUBLICZNE**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**12/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

oświadczam, że:

Nie orzeczono wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.

*Załącznik nr* ***7*** *do SIWZ*

Wykonawca:

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**O NIEZALEGANIU Z OPŁACANIEM PODATKÓW I OPŁAT LOKALNYCH,   
O KTÓRYCH MOWA W USTAWIE Z DNIA 12 STYCZNIA 1991 R.**

**O PODATKACH I OPŁATACH LOKALNYCH**

**(**[**DZ.U. 2017 POZ. 1785**](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001785)**)**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**12/PN/DEG/AS/2020**

**Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

oświadczam, że:

Nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia   
12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych ([Dz.U. 2017 poz. 1785](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001785)).

*Załącznik nr* ***8*** *do SIWZ*

**P R O J E K T U M O W Y**

**UMOWA NR ................................**

W dniu ........................ w Toszku pomiędzy SP ZOZ Szpitalem Psychiatrycznym   
z siedzibą w Toszku przy ul. Gliwickiej 5, NIP: 9690946632 REGON: 000293114 zwanym w treści umowy Odbiorcą w imieniu i na rzecz którego działają:

1. dr n. med. Anna Rusek - p.o. Dyrektora Szpitala

działającym na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego nr KRS 0000044032 wydanego przez Sąd Rejonowy Wydział X Gospodarczy w Gliwicach, a:

................................................................................................ z siedzibą w ......................................

przy ul. ..............................................

zwanym dalej w treści umowy Dostawcą, który jest reprezentowany przez :

1. ................................................................
2. ................................................................

działającym na podstawie: ...........................................................................................................

wydanego przez: ..........................................................................................................................

zawarto umowę treści następującej:

§ 1

Zamówienia udzielono w wyniku przeprowadzonego postępowania publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1843).

§ 2

1. Przedmiot umowy obejmuje **dostawę produktów leczniczych i podobnych produktów**   
   dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku w zakresie pakietu(ów) ............................................................................... za łączną kwotę:

* netto: ....................................... słownie: .....................................................................
* VAT: ....................................... słownie: .....................................................................
* brutto: ..................................... słownie: .....................................................................

zgodnie z zakresem przedstawionym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia   
nr 12/PN/DEG/AS/2020 i złożoną ofertą.

1. Z uwagi na dokonanie wyboru oferty prowadzącego do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług w zakresie następujących towarów/usług ……………………… odprowadzenie podatku w kwocie …………….. leży po stronie Zamawiającego \*

lub

Zgodnie ze złożoną ofertą, Wykonawca nie wskazał w ofercie towarów/usług w zakresie powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług w tym zakresie\*

\* niepotrzebne skreślić

1. W ramach przedmiotu umowy Dostawca zobowiązuje się sprzedać, a Odbiorca zobowiązuje się nabyć produkty lecznicze, o którym mowa w ust. 1
2. Dostawca oświadcza, że przedmiot umowy będzie nowy i niewadliwy.
3. Dostawy następować będą w sposób ciągły wg asortymentu, w ilościach i po cenach jednostkowych, jak w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
4. Przedmiot umowy musi posiadać pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz.U. 2020 poz. 944).
5. Okres ważności przedmiotu zamówienia nie może być krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy.

§ 3

1. Dostawy przedmiotu umowy realizowane będą w sposób ciągły w zależności od aktualnego zapotrzebowania Odbiorcy.
2. Dostawca musi zagwarantować płynność zaopatrzenia na oferowany lek przez okres obowiązywania umowy, chyba że jest to spowodowane przyczynami obiektywnymi, tj. wstrzymanie lub wycofanie przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego przy czym należy zapewnić odpowiednik danego leku w cenie przetargowej.
3. W przypadku przerw w produkcji środka leczniczego Wykonawca zobowiązany jest do zaoferowania zamiennika w cenie nie przekraczającej ceny oferowanego produktu w przetargu.
4. Dostawca zobowiązuje się dostarczać produkty lecznicze tylko i wyłącznie w pełnych opakowaniach. Tym samym w przypadku niezgodności wielkości opakowań z określoną przez Odbiorcę łączną ilością sztuk danego produktu, Odbiorca zastrzega sobie prawo do niewykorzystania wszystkich sztuk produktu (tylko do ilości podyktowanej wielkością opakowań).
5. Uprawniony przedstawiciel Odbiorcy zobowiązuje się każdorazowo faksem lub mailem zgłosić   
   zapotrzebowanie przed wymaganym terminem dostawy.

Ww. zapotrzebowanie powinno być potwierdzone przez jedną z poniższych osób:

– dr n. med. Anna Rusek – p.o. Dyrektora Szpitala lub

– lek. med. Joanna Mikołajczyk-Wenzel – Pełnomocnik Dyrektora ds. świadczeń medycznych lub

– inż. Erwin Janysek – Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Eksploatacyjnych lub

Zamówienia „na cito” wywołane nagłym zapotrzebowaniem będą realizowane najpóźniej   
w terminie do 24 godzin od momentu zgłoszenia przez osobę upoważnioną ze strony Zamawiającego

1. Dostawca zobowiązuje się do dostarczenia przedmiotu zamówienia w terminie do 2 dni roboczych od momentu złożenia zamówienia przez uprawnionego przedstawiciela Odbiorcy.
2. Dostawy następować będą od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 – 14.00.
3. Dostarczony towar winien być zgodny z zamówieniem i wniesiony bezpośrednio do pomieszczeń apteki szpitalnej
4. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia Zamawiającemu na własny koszt i ryzyko do miejsca dostawy. Miejscem dostawy są pomieszczenia apteki szpitalnej.
5. W przypadkach nienależytego wykonania zobowiązania przez Wykonawcę, tj.:
6. dostawy towaru wadliwego pod względem jakościowym - zostanie on wymieniony przez Wykonawcę na jego koszt w terminie do 5 dni od chwili zgłoszenia reklamacji;
7. dostarczenia towaru w ilości mniejszej niż zgłoszone zapotrzebowanie – brakujący towar zostanie dostarczony Zamawiającemu w terminie do 5 dni od chwili zgłoszenia reklamacji;
8. niedotrzymania terminu dostawy - w przypadku przekroczenia przez Wykonawcę terminu dostawy określonego przez Zamawiającego, zgodnie z treścią § 3 pkt 6 o więcej niż 5 dni, Odbiorcy przysługuje prawo zakupu opóźnionego przedmiotu dostawy u innego dostawcy na koszt i ryzyko Wykonawcy.

W takim przypadku Zamawiający nie jest zobowiązany do odbioru przedmiotu opóźnionej dostawy od Wykonawcy. Wykonawca jest zobowiązany do pokrycia kosztu zakupu u innego Wykonawcy.

§ 4

1. Wykonawca oświadcza, że ….. % zakresu dostaw objętych niniejszą umową wykona nakładem własnym (bez podwykonawstwa).
2. Wykonawca zrealizuje siłami własnymi następujący zakres: .............................................................
3. Wykonawca zrealizuje przy pomocy Podwykonawców następującą część zamówienia (podać nazwę Podwykonawcy wraz z adresem oraz zakres): ........................................ */ust. 5 i 6 umowy w zależności od deklaracji Wykonawcy złożonej w formularzu Oferta stanowiącego załącznik nr 1 do SIWZ/.*
4. W przypadku zaprzestania wykonywania Umowy przez …………… (*nazwa podmiotu trzeciego*) z jakichkolwiek przyczyn w powyższym zakresie, Wykonawca będzie zobowiązany do zastąpienia tego podmiotu innym podmiotem, posiadającym zasoby co najmniej takie jak te, które stanowiły podstawę wykazania spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego przy udziale podmiotu trzeciego, po uprzednim uzyskaniu zgody Zamawiającego.
5. Jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby Wykonawca powoływał się, na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, Wykonawca jest obowiązany wykazać Zamawiającemu, że proponowany inny podwykonawca lub Wykonawca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż podwykonawca, na którego zasoby Wykonawca powoływał się w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.
6. Jeżeli Zamawiający stwierdzi, że wobec danego podwykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia, Wykonawca obowiązany jest zastąpić tego podwykonawcę lub zrezygnować z powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcy.
7. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
   z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.
8. Zamawiający nie dopuszcza możliwości uczestnictwa w realizacji umowy przez dalszych Podwykonawców.

§ 5

1. Ze strony Odbiorcy osobą upoważnioną do bieżących kontaktów w sprawie realizacji Umowy, w tym upoważnioną do przesyłania zamówień w ramach zapotrzebowania, dokonywania odbioru jakościowego i ilościowego przedmiotu umowy jest ................................................................. , tel …………………, e-mail : ……………….
2. Osobą upoważnioną do bieżacych kontaktów w sprawie realizacji Umowy ze strony Dostawcy, w tym podpisywania protokołów odbioru jest ..................................................... tel …………………, e-mail : ………………..
3. Osoba ze strony Odbiorcy przeprowadzająca postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego ……………………………..…..
4. Dokumentem potwierdzającym dostawę odrębnie dla każdej dostarczonej partii towaru jest protokół odbioru bez zastrzeżeń podpisany przez uprawnionych przedstawicieli Stron.
5. Należności z tytułu realizacji dostaw określone w § 2 Umowy będą fakturowane i płatne w złotych polskich w terminie .......... (min. 14 dni, max. 60 dni) dni od daty doręczenia Odbiorcy kompletnej i prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Dostawcy wskazany na fakturze, ujawniony na tzw. białej liście podatników VAT. Jeśli rachunek wskazany na fakturze nie jest rachunkiem ujawnionym na tzw. białej liście podatników VAT, Odbiorca nie ponosi jakichkolwiek skutków niedokonania płatności do czasu zaktualizowania przez Dostawcę danych rachunku w tym wykazie podatników VAT. Faktury będą wystawiane w oparciu o podpisany przez obie strony protokół odbioru bez zastrzeżeń i przesyłane w formie elektronicznej na adres email Zamawiającego: faktury@szpitaltoszek.pl bądź za pośrednictwem poczty na adres: SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek.
6. W przypadku niedoręczenia faktury pod właściwy adres bądź doręczenia faktury niekompletnej lub nieprawidłowej, termin zapłaty rozpocznie bieg od dnia usunięcia nieprawidłowości.
7. Odbiorca będzie przyjmował ustrukturyzowane faktury elektroniczne zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2018 r. poz. 2191). W takim przypadku obowiązuje następujący adres doręczenia faktur:

https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl

1. Za dzień zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Odbiorcy.

§ 6

1. Umowa obowiązuje na czas określony 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy tj. od dnia ...................   
   do dnia .................................
2. Umowa wygasa z chwilą ilościowego wyczerpania asortymentu lub z upływem czasu,   
   na który została zawarta w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpiło wcześniej.

§ 7

1. Zmiany postanowień Umowy mogą nastąpić w przypadkach określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych, a także na podstawie art. 144 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych - w następujących sytuacjach:

* 1. zmiany w zakresie przedmiotowym, tj.:
* zastąpienia produktu objętego umową odpowiednikiem w przypadku wstrzymania lub wycofania przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego danego produktu leczniczego, przy czym zmiana ta jest dopuszczalna tylko przy zachowaniu tej samej ceny oraz składu chemicznego,
* sposobu konfekcjonowania produktu i wielkości jednostkowej opakowania – należy wtedy przeliczyć na sztuki opierając się na wycenie leków w obowiązującej umowie,
  1. zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto,
  2. zmiany danych teleadresowych lub rejestrowych Dostawcy (np. wynikających z przekształceń, przejęć, zmiany adresu siedziby, zmiany nazwy, sukcesji uniwersalnej itp.)
  3. W związku z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Z 2011 r., Nr 122, poz. 696), zmiany ceny będą zachodziły w przypadku gdy cena umowna będzie wyższa od urzędowej ceny zbytu (mającej charakter ceny maksymalnej) określonej w art. 9 ww. ustawy.

2. Zmiany i uzupełnienia do umowy, o których mowa w ust. 1, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

1. Ceny jednostkowe przedmiotu umowy określone przez Dostawcę zostały ustalone na okres ważności umowy i nie będą podlegały zmianom za wyjątkiem zmian opisanych w § 7 ust. 1.

§ 8

1. Ustala się następujący sposób naliczania kar umownych:

Dostawca zapłaci Odbiorcy karę umowną:

* + za odstąpienie od umowy przez Odbiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Dostawca – w wysokości 5 % wartości umownej brutto niezrealizowanej części umowy,
  + za odstąpienie od umowy przez Dostawcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Dostawca – w wysokości 5 % wartości umownej brutto niezrealizowanej części umowy,
* za zwłokę w dostawie zamawianego towaru nie przekraczającą 5 dni roboczyche – 0,1% całkowitej wartości umownej brutto wynagrodzenia umownego umowy za przedmiot dostawy, o której mowa w §2 ust. 1 umowy, a w przypadku zwłoki przekraczającej 5 dni roboczych – 0,5 % **wartości brutto za przedmiot dostawy**. W przypadku zwłoki dłuższej niż 5 dni roboczych, Odbiorca może skorzystać z uprawnienia określonego w § 4 ust. 10 tiret 3 umowy. W takim wypadku, Odbiorca jest uprawniony do naliczania kar umownych do dnia zrealizowania dostawy przez innego dostawcę,

Odbiorca zapłaci Dostawcy karę umowną:

* za odstąpienie od umowy przez Dostawcę z przyczyn zawinionych przez Odbiorcę – w wysokości 5% netto wartości umownej brutto za niezrealizowaną część umowy.

1. Kary umowne będą płatne w oparciu o wystawioną notę księgową z terminem płatności 14 dni od daty jej doręczenia.
2. Odbiorca zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody, w tym utraconych korzyści na zasadach art. 471 Kodeksu Cywilnego oraz odszkodowania na zasadach ogólnych z tytułów innych, niż wymienione w ust. 1.
3. Dostawca wyraża zgodę na potrącanie należnych Odbiorcy kar umownych z wymagalnymi należnościami Dostawcy

§ 9

* + 1. Odbiorca zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:

1. w trybie określonym w art. 145 Ustawy PZP;
2. nastąpi rozwiązanie lub likwidacja firmy Dostawcy,
3. Dostawca nie rozpoczął wykonywania umowy bez uzasadnionych przyczyn oraz nie kontynuuje go pomimo wezwania Odbiorcy na piśmie,
4. Dostawca z własnej inicjatywy przerwał wykonywanie umowy i przerwa ta trwa dłużej niż 14 dni,
5. w przypadku gdy zwłoka Dostawcy w usunięciu wad w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 15, przekracza 7 dni roboczych, Odbiorca ma prawo do odstąpienia od umowy w części obejmującej rzeczy wadliwe,
6. w przypadkach wynikających z przepisów ogólnych
   * 1. Odstąpienie od umowy może nastąpić w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
     2. W przypadku odstąpienia od umowy Dostawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego za towary już dostarczone i odebrane przez Odbiorcę.

§ 10

1. Dostawca nie może przenieść na inny podmiot obowiązków wynikających z Umowy.
2. Dostawca nie może dokonać zastawienia lub przeniesienia, w szczególności: cesji, przekazu, sprzedaży jakiejkolwiek wierzytelności wynikającej z Umowy lub jej części na osoby trzecie bez uprzedniej, pisemnej zgody Odbiorcy.
3. Przeniesienie wierzytelności wynikających z umowy wymaga zgody podmiotu tworzącego Odbiorcy, udzielonej w trybie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Cesja, przelew lub czynność wywołująca podobne skutki, dokonane bez pisemnej zgody Odbiorcy, są względem Odbiorcy bezskuteczne.

§ 11

W przypadku zlecenia części zamówienia podwykonawcom, stronami umowy pozostają Dostawca i Odbiorca. Rozliczenia pomiędzy Dostawcą i podwykonawcą pozostają w gestii Dostawcy.

§ 12

1. W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mieć będą przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych oraz w sprawach procesowych przepisy Kodeksu Postępowania Cywilnego.
2. Ewentualne spory, powstałe na tle wykonania przedmiotu umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwych dla Odbiorcy sądów powszechnych.

§ 13

* Informacja Administratora Danych Osobowych, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej „RODO”)

Informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku, działający pod adresem 44-180 Toszek, ul. Gliwicka 5, którego akta rejestrowej przechowuje Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000044032, REGON: 000293114, NIP: 9690946632 (dalej: Szpital Psychiatryczny w Toszku), email: [info@szpitaltoszek.pl](mailto:info@szpitaltoszek.pl), [www.szpitaltoszek.pl](http://www.szpitaltoszek.pl);
2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych Pani dr n. med. Anna Rusek z którą można skontaktować się poprzez email: [daneosobowe@szpitaltoszek.pl](mailto:daneosobowe@szpitaltoszek.pl) w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr 12/PN/DEG/AS/2020 – Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

Oznacza to, że dane będą przetwarzane:

1. W szczególności w celach związanych z udostępnieniem dokumentacji postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych,
2. Obowiązek przetwarzania przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach PZP związanych z udziałem zamówienia publicznego.

Podstawowymi aktami prawnymi przetwarzania danych osobowych są:

* Obowiązek prawny ciążący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679),
* Wykonanie zobowiązania umownego (art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679).

1. Pani/Pana dane osobowe będą ujawnione osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz operatorowi pocztowemu lub kurierowi. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Szpitala Psychiatrycznego.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu (wobec przetwarzania w zakresie celów obojętnych prawnie uzasadnionym interesem administratora), prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO

* Dostawca oświadcza, że wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu nr 12/PN/DEG/AS/2020 – Dostawa produktów leczniczych i podobnych produktów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oraz w celu wykonywania niniejszej Umowy.

§ 14

Umowa została sporządzona w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Dostawcy i dwa egzemplarze dla Odbiorcy.

Dostawca: Odbiorca:

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

UWAGA:

Integralną część umowy stanowią:

załącznik nr 1 – załącznik cenowy, który jest równoważny z Formularzem Cenowym w zakresie danego pakietu i zostanie on załączony do podpisanej umowy.

1. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.  
   W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-6)
7. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   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**. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-14)
15. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-18)
19. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-22)
23. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-23)
24. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-25)
26. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-26)
27. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-27)
28. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-28)
29. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-29)
30. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-31)
32. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-32)
33. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-37)
38. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-40)
41. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-41)
42. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-42)
43. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-43)
44. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-47)
48. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-48)