DZP/381/125A/2020

Załącznik nr 1**ZMIENIONY**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM.PROF.K.GIBIŃSKIEGO**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON ..................................... NIP .................................................

Tel. .......................................................

NR konta bankowego do wpłat ……………………………………………………………..

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę **produktów leczniczych**  w ilości i asortymencie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia

***( wskazać dokładnie części każdą z osobna na którą jest składana oferta )***

**Część nr …….**: **…….**

za cenę netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: ....................................................................................zł

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

**Część nr …….**: **…….**

za cenę netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: ....................................................................................zł

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

 **(Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne)**

**Termin dostawy:**

Dostawy odbywać się będą częściowo w okresie **do 24 miesięcy** od dnia zawarcia umowy w ilościach wskazanych każdorazowo w zamówieniu częściowym w terminie do 2 ( dwóch ) dni roboczych **a w zakresie części 78 do 6 tygodni od dnia złożenia zamówienia.**

**Termin płatności:** w ciągu 30dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury za każdą dostarczoną partię przedmiotu zamówienia.

- Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. 60 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

 - Zawarta w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia treść wzorów umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

- W przypadku dołączenia do oferty dokumentów o których mowa w pkt. VI.6 SIWZ oświadczamy , że pomimo tego, że nie było to wymagane na tym etapie postępowania dokumenty te są aktualne oraz zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia i wyrażamy zgodę na zbadanie przez Zamawiającego załączonych dokumentów.

- Oświadczamy, że przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia są zgodne z ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. z 2019 poz. 499 z póź. zm.) oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie

- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (dalej w treści 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, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)

DZP/381/125A/2020

Załącznik nr 4.75 **ZMIENIONY**

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 75 - Cyclophosphamidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 4,5,6 niniejszej tabeli \* | **Kod EAN** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.netto (za opakowanie)  | Wartość netto8x9 | Podatek VAT% | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **1** |  |  | Cyclophosphamidum | proszek do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g | op | 200 |  |  |  |  |
| 1g | op | 930 |  |  |  |  |

**ZAŁĄCZNIK nr 4 DO UMOWY ……………………………………………..**

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO/ODBIORCZY POMPY ( PACJENT)**

SPISANY DNIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko PACJENTA :

Adres:

PESEL:

Tel.:

Na podstawie niniejszego Protokołu PACJENT potwierdza, że otrzymał z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

1. (nazwa pompy nr seryjny)

**Pacjent potwierdza, że Pompy ………………… przyjął i są one w stanie kompletnym, zdatnym do umówionego użytku. Pacjent potwierdza, że został przeszkolony przez Zamawiającego oraz poinformowany o konieczności używania Pompy ……………………. zgodnie z instrukcją obsługi. Użytkownik potwierdza otrzymanie instrukcji obsługi oraz, że zapoznał się z jej treścią.**

1. Pacjent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(podpis)*

2. Zamawiający: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Imię i nazwisko, podpis)*

Pacjent upoważnia Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach do przetwarzania jego danych osobowych w postaci : adres, imię i nazwisko, telefon kontaktowy, nr PESEL w zakresie niezbędnym do realizacji postanowień umowy dotyczących przekazanego mu systemu .

**…………………………………………….**

**(podpis, data)**