

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

32-500 Chrzanów
ul. Topolowa 16

Sekretariat
☎ 32 624 70 29
☎ 32 623 94 28

Centrala
☎ 32 624 77 77

www.szpital-chrzanow.pl

✉ sekretariat@szpital-chrzanow.pl

Znak: SZP

65 /02/2020

Chrzanów, dnia 21-02-2020

Wykonawcy

Dotyczy: oferty na dostawę leku benralizumab (program lekowy- nowy pacjent)- sprawa nr 16/2020

Szpital Powiatowy w Chrzanowie zwraca się z prośbą o ofertę cenową **na dostawę leków benralizumab (program lekowy- nowy pacjent).**

CPV 33.60.00.00-6

1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
2. Do oferty należy dołączyć aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
3. Pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy)
4. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.
5. Zamawiający dopuszcza zadawanie pytań dotyczących przedmiotu zamówienia do dnia 27.02.2020. godz. 12:00.
6. Kryterium oceny ofert: 100% cena.

Dodatkowe informacje:

- a) Po wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie podpisana umowa. Termin realizacji – 1 rok od daty zawarcia umowy. Termin dostawy: do 2 dni roboczych.
- b) Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia ilości zamawianych towarów do 50% ilości asortymentu i po cenach jednostkowych wskazanych w pakiecie.

Do niniejszego zamówienia nie mają zastosowania przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych – art. 4 pkt.8 ustawy PZP (wartość zamówienia nie przekracza 30 tys. euro).

Ofertę cenową należy złożyć na Dzienniku Podawczym Szpitala Powiatowego w Chrzanowie lub przesłać e-mailem: dzp@szpital-chrzanow.pl

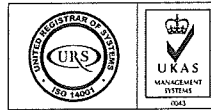
do dnia 02.03.2020 do godziny 10:00

Z poważaniem

Z upoważnienia
Dyrektora Szpitala Powiatowego
w Chrzanowie

Z-ca Dyrektora
ds. Pielęgniarstwa i Jakości
mgr Alicja Dobranowska

Sporządził:



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Sąd Rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia w Krakowie, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr 0000015881, NIP 628 19 16 916, REGON 000310108
Nr konta: BANK PEKAO S.A. 38 1240 4748 1111 0000 4877 1892

Nr postępowania: 16/2020

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY

(wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca)

Pełna nazwa Wykonawcy:

Adres

KRS Regon NIP

tel.: fax: e-mail:

Oferta na:

**„Dostawę leku benralizumab (program lekowy – nowy pacjent)” – sprawa
16/2020**

Oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie następujących pakietów:

Nr pakietu	Wartość netto (zł)	VAT (%)	Wartość brutto (zł)	Wartość brutto słownie:
1				

Do formularza należy dołączyć pakiet z jednostkowymi cenami i katalogi

1. **Oświadczam/y, że** cena ofertowa brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y, że** zapoznaliśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym wraz z projektem umowy i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczamy że posiadamy niezbędne **pozwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej** w zakresie przedmiotu zamówienia (tj. zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) na wytwarzanie produktów leczniczych jeżeli Wykonawca jest wytwórcą, w przypadku Wykonawcy prowadzącego skład konsygnacyjny – zezwolenie na prowadzenie składu konsygnacyjnego zawierające uprawnienia przyznane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie obrotu produktami leczniczym)
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam/y, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego.
6. Oświadczam/y, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty.
7. **Oświadczamy, że:** zamówienie wykonamy samodzielnie (bez udziału podwykonawców)/przy współudziale wykonawców *wpisać nazwę podwykonawcy
8. Uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym jest
tel.:, faks:, e-mail:
9. Wyrażam zgodę na przysyłanie korespondencji przez Zamawiającego oraz przekazanie wyniku przedmiotowego postępowania na adres e-mail wskazany powyżej. Data e-maila będzie oznaczala, iż otrzymałem/łam stosowną informację.
10. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
.....
.....

....., dnia.....

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń w imieniu Wykonawcy)

Pakiet nr 1

lp.	nazwa	Ilość amp.	cena netto [zł]	vat [%]	cena brutto [zł]	wartość netto [zł]	wartość brutto [zł]	producent, nazwa handlowa kod EAN
1.	Benralizumab roztwór do wstrzykiwań amp.-strzyk. a 1 ml 30mg amp.	8						
RAZEM:								

Sprawa 011/2020