

## FORMULARZ OFERTY

Astellas Pharma Sp. z o.o.  
02-092 Warszawa  
ul. Żwirki i Wigury 16C  
NIP 113-18-28-467, tel. +48 602 327 293

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym: Laura Krupa – Kierownik ds. Kluczowych Klientów, Pełnomocnik  
Nr telefonu 602 327 293

Regon: 012773490, NIP: 113 18 28 467, BDO: 000021871, KRS: 0000027928

Województwo: mazowieckie

Internet: <http://astellas.com.pl> e-mail: [laura.krupa@astellas.com](mailto:laura.krupa@astellas.com)

**Wykonawca jest: \***

- Mikroprzedsiębiorstwem <sup>1</sup>,
- Małym przedsiębiorstwem <sup>2</sup>,
- Średnim przedsiębiorstwem <sup>3</sup>,
- Jednoosobową działalnością gospodarczą,
- Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
- Innym rodzajem: duże przedsiębiorstwo

**UWAGA** \*zaznaczyć właściwe

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 2  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do ogłoszenia opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Numer publikacji ogłoszenia: 736733-2024, Numer wydania Dz.U. S: 235/2024 w dniu 03.12.2024 r. o przetargu nieograniczonym **na dostawy produktów leczniczych w ramach programów lekowych, chemioterapii i RDTL– numer sprawy 187/PN/ZP/D/2024:**

1. Oferujemy dostarczenie **towaru** spełniającego wymagania określone w załączniku Formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 2 do SWZ. Załącznik ten stanowi integralną część niniejszej oferty.
2. Proponowany termin płatności: **60 dni (minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy.  
Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany na fakturze, który jest zgodny:
  - z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT \*
  - ~~z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością w przypadku innych podatników \*~~*\*niewłaściwe skreślić*
3. Zobowiązujemy wystawiać faktury zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z uwzględnieniem umieszczenia na każdej fakturze PRAWIDŁOWEJ pełnej nazwy Zamawiającego, która brzmi:
  - 3.1. pełna nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi lub skrócona: Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
  - 3.2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi
  - 3.3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pod rygorem poniesienia negatywnych skutków z tego tytułu.

<sup>1</sup> (Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)

<sup>2</sup> (Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)

<sup>3</sup> 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

4. Faktury, duplikaty faktur oraz ich korekty, a także noty obciążeniowe i noty korygujące w formacie pliku elektronicznego PDF będziemy przysyłać na adres poczty e-mail Zamawiającego:
- 4.1. [apteka.szpitalna@usk2.lodz.pl](mailto:apteka.szpitalna@usk2.lodz.pl) (dotyczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)
- 4.2. [faktury.vat@barlicki.pl](mailto:faktury.vat@barlicki.pl) (dotyczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi)
- 4.3. [kancelaria@csk.umed.pl](mailto:kancelaria@csk.umed.pl) (dotyczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)
- z następujących adresów poczty e-mail\* : [przetargi.szpitalne@astellas.com](mailto:przetargi.szpitalne@astellas.com)

*\* W przypadku nie wpisania adresu e-mail Zamawiający przyjmuje, że faktura zostanie dostarczona do Zamawiającego w wersji papierowej lub za pośrednictwem Platformy Elektronicznego Fakturowania*

5. Potwierdzamy spełnianie wymaganego przez Zamawiającego terminu dostawy do 48 h w dni robocze /pn-pt z wyłączeniem dni wolnych od pracy/ od dnia złożenia zamówienia, w godzinach 7:30-13:00, a w przypadku dostaw w trybie „na cito” lub „na ratunek” - w ciągu maksymalnie 12 godzin od momentu złożenia zamówienia.
6. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego warunku, iż zaoferowane produkty lecznicze w ramach pakietów 1-58, 60-80, 82-127 znajdują się na listach refundacyjnych MZ.
- ~~7. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego warunku, że zaoferowane produkty lecznicze w ramach pakietów 81, 128-132 nie znajdują się na listach środków wykluczonych w procedurze Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych (RDTL) na podstawie decyzji Ministra Zdrowia.~~
- ~~8. Oświadczamy, że jesteśmy jedynym właścicielem przedmiotu użyczenia i że przedmiot ten nie jest obciążony żadnym prawem na rzecz osób trzecich / Oświadczamy, że możemy swobodnie dysponować przedmiotem użyczenia i że jest on wolny od roszczeń osób trzecich.\* (dotyczy pakietu 34, 78, 84)~~
- ~~\* niepotrzebne skreślić~~
- ~~9. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego warunku nieodpłatnego udostępnienia do użytkowania pomp do podawania preparatów w ramach pakietu 34, 78, 84\* oraz wymaganego od Wykonawcy, warunku, aby dostarczone Zamawiającemu pompy do podawania preparatów w pakiecie 1 były na bieżąco serwisowane przez Wykonawcę, we własnym zakresie i na własny koszt.~~
- ~~\* niepotrzebne skreślić~~
10. W czasie trwania umowy wszelkie naprawy umożliwiające prawidłowe użytkowanie oraz wymianę części zużywalnych przedmiotu użyczenia, a nie wynikające z winy Zamawiającego, świadczone będą bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego przez serwis Wykonawcy: ..... (dotyczy pakietu 34, 78, 84)
11. Wszelkie nieprawidłowości, z którymi wiąże się liczenie terminów reakcji Wykonawcy związanych z obsługą przedmiotu użyczenia należy zgłaszać na nr tel/fax: .....(dotyczy pakietu 34, 78, 84)
12. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego okresu niezmienności cen przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem wzoru umowy.
13. W przypadku wystąpienia niezależnych od Wykonawcy okoliczności skutkujących zwłoką w dostarczeniu zamówionej partii towaru, Wykonawca zobowiązuje się każdorazowo informować Zamawiającego o niedostarczeniu zamówionego towaru przed terminem realizacji zamówienia:
- 13.1. na adres email: [apteka.szpitalna@usk2.lodz.pl](mailto:apteka.szpitalna@usk2.lodz.pl) (dotyczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)
- 13.2. na adres email: [dzial.zaopatrzenia@barlicki.pl](mailto:dzial.zaopatrzenia@barlicki.pl) (dotyczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)
- 13.3. na adres email: [farmacja.ckd@csk.umed.pl](mailto:farmacja.ckd@csk.umed.pl) (dotyczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)
14. Potwierdzamy spełnienie wymaganej przez Zamawiającego realizacji dostaw w terminie i ilościach każdorazowo wskazanych w zamówieniu.
15. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego warunku, iż w okresie obowiązywania umowy dodatkowe rabaty oraz promocje producentkie skutkujące obniżeniem cen towarów, stanowiących przedmiot umowy, w odniesieniu do cen zaproponowanych w ofercie będą honorowane przez Zamawiającego, jeśli będą zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

16. Potwierdzamy spełnianie wymaganego warunku, aby dostarczony towar miał, co najmniej roczny okres ważności od dnia dostawy do Zamawiającego, z zastrzeżeniem uwag ujętych w Załączniku nr 2 (Formularz asortymentowo-cenowy).
17. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawy produktów leczniczych w ramach programów lekowych, chemioterapii i RDTL**, niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2 do SWZ), posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu na rynek polski zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2024 r., poz. 686 - j.t. ze zm.)/ spełniają wszystkie określone przepisami prawa wymogi w zakresie dopuszczenia do obrotu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2022, poz. 974 - j.t. ze zm.) przez cały czas trwania umowy oraz są oznakowane zgodnie z przepisami\*, na co posiadam wszystkie aktualne dokumenty, które w każdej chwili na Żądanie Zamawiającego przedłożę do wglądu oraz, że ponoszę pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody powstałe u Zamawiającego lub osób trzecich w związku z zastosowaniem dostarczonego asortymentu, niespełniającego przedmiotowych wymogów.
- \* **niepotrzebne skreślić**
18. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawy produktów leczniczych w ramach programów lekowych, chemioterapii i RDTL** niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas towary spełniają wszystkie wymagane warunki określone w załączniku 2 do SWZ oraz w ewentualnych modyfikacjach, dopuszczeniach.
19. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, wyjaśnieniami, zmianami SWZ oraz z załączonymi Projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do treści tej umowy (Wzór umowy) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
20. Oświadczamy, że Projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do treści tej umowy (Wzór umowy), stanowiący załącznik Nr 4 do specyfikacji, zostały przez nas zaakceptowane w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
21. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
22. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku pod nazwą ..... stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając w pliku pn. .... dokumenty, potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
23. Niniejszym, zgodnie z art. 225 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że dostawa towaru, oferowana w ramach przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **~~proceed~~ / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług. \* **niepotrzebne skreślić**
- Dostawa niżej wymienionych towarów, oferowanych w ramach niniejszego postępowania prowadzi w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: \*
- \* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru, wskazać ich wartość bez kwoty podatku oraz stawkę podatku VAT).
- \*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.
24. Dostawy wykonamy **sami / ~~przy udziale podwykonawcy~~\***. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na dostawę:\*\* .....
- Nazwy podwykonawców, jeżeli są już znani: .....
- \* **niepotrzebne skreślić.**
- \*\* W przypadku nie wpisania części zamówienia, którą zrealizuje Podwykonawca, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca wykona zamówienie sam
25. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):
- a) **sami** .....
- b) **w konsorcjum z:** .....

26. ~~(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:~~

27. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO**

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

<sup>1)</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* 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 – należy niepotrzebne skreślić.

28. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:  
(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

1. FormularzOferty122XtandiAstellasPharmaLodzZeromskiego31122024
2. formularzCenowy122XtandiAstellasPharmaLodzZeromskiego31122024
3. oswiadczenieJEDZ112XtandiAstellasPharmaLodzZeromskiego31122024
4. za13aOswiadczenieSankcje112XtandiAstellasPharmaLodzZeromskiego31122024
5. Informacja KRS
6. Pełnomocnictwa