**UMW/AZ/PN-133/20 Formularz ofertowy Załącznik nr 2 do Siwz**

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ........................................................ Regon .............................................................. Fax ..................................................................

E-mail …........................................................ www ................................................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia pn.: **Sukcesywna dostawa leków dla ośrodków współpracujących w badaniu SECURE na potrzeby Katedry Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

Wykaz leków -nazwy międzynarodowe, dawki oraz szacunkowa ilość przedmiotu zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia  (wg nazw międzynardowych) | Forma | Liczba tabletek /kapsułek  w jednym opakowaniu | **Liczba opakowań** | Cena jedn. netto PLN | Stawka podatku VAT | Cena jedn. brutto PLN | Wartość netto PLN | | Wartość brutto PLN | Nazwa handlowa | Nazwa producenta |
|
| 1 | Atorvastatin (Atorwastatyna) 20 mg | stała postać doustna | 30 | **352** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2 | Atorvastatin (Atorwastatyna) 40 mg | stała postać doustna | 30 | **430** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 3 | Atorvastatin (Atorwastatyna) 80 mg | stała postać doustna | 30 | **45** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 4 | Ramipril (Ramipryl) 2,5 mg | stała postać doustna | 30 | **230** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 5 | Ramipril (Ramipryl) 5 mg | stała postać doustna | 30 | **424** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 6 | Ramipril (Ramipryl) 10 mg | stała postać doustna | 30 | **362** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 7 | Acetylsalicylic acid (Kwas acetylosalicylowy) 100 mg | stała postać doustna | 30 | **411** |  |  |  |  | |  |  |  |
| 8 | Acetylsalicylic acid (Kwas acetylosalicylowy) 75 mg | stała postać doustna | 30 | **411** |  |  |  |  | |  |  |  |
| Razem cena oferty: | | | | | | | |  | |  |  | |
| Słownie wartość brutto PLN | | | | | | | | |  | | | |
| Termin dostawy  UWAGA: maksymalny termin dostawy wymagany przez Zamawiającego **2** dni robocze od daty złożenia zamówienia | | | | | | | | | zadeklarowany przez Wykonawcę ………dzień / dni robocze\*  \*niepotrzebne skreślić | | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

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

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 9 Siwz oraz, 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.
2. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie   
   z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[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. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy

**…………………… ……………………………………….**