**Załącznik Nr 1 do Zapytania Ofertowego**

**Formularz ofertowy**

**Postępowanie nr ZO-8/19/BD**

Dotyczące: **transport leków na potrzeby Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Ofertę SKŁADA**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| wpisany do: | * Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ……………………...………………………………………….…. pod nr KRS .................................................................... * lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ................................................................. |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| e-mail: |  |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym (imię i nazwisko, telefon, fax, e-mail) |  |

1. **OFERTA WYKONAWCY**
2. Oferuję(-jemy) realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w Zapytaniu Ofertowym za **łączną kwotę: ……………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia**  **Transport leków (przejazd w jedną stronę)**  \* **Wykonawca do każdego przejazdu dostarczy wydruk potwierdzający temperaturę podczas transportu** | **Planowana liczba przewozów w okresie obowiązywania umowy** | **Cena jednostkowa netto w PLN**  **\*Dotyczy jednego przewozu** | **Wartość netto w PLN**  **\*Iloczyn liczby przejazdów i ceny jednostkowej** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1 | 2 | **3** | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | **Transport leków (przejazd w jedną stronę)** |  |  |  |  |  |
| 1.1 | 1. Transport leków pomiędzy budynkami Zamawiającego – z ul. W.K. Roentgena 5 w Warszawie na ul. Wawelską 15 w Warszawie.  2. Częstotliwość transportu – **3 razy w tygodniu, poniedziałek, środa, piątek**  3. Transport leków odbywać się będzie w **przedziale godz. od 8.00 do 10.00**  4. W samochodach do transportu leków wymagane jest zachowanie wymaganych przepisami prawa standardów sanitarnych i wydruku z urządzenia monitorującego temperaturę leków wymagających temperatury 2 – 8 stopni Celsjusza i 15-25 stopni Celsjusza  5. Wykonawca jest zobowiązany do dźwigania, załadunku, rozładunku do/z samochodu oraz do dostarczenia produktów leczniczych do komórek organizacyjnych wskazanych przez Zamawiającego.  6. Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia skrzyń do transportu leków, zgodnie z wcześniej złożonym zamówieniem przez Zamawiającego w formie elektronicznej na adres e-mail wskazany w umowie. | **156** |  |  |  |  |
| **Razem wszystkie pozycje w PLN** | | | |  |  |  |

1. Oświadczam, że:

zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego nr ZO-8/19/BD oraz z załączonymi do niej projektami umów i akceptuję określone w nich warunki bez zastrzeżeń; podane w Ofercie ceny obejmują pełny przedmiot i zakres zamówienia zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w Zapytaniu Ofertowym, a także uwzględniają wszystkie składniki związane z realizacją przedmiotu zamówienia wpływające na wysokość ceny;

2.1. posiadam uprawnienia do wykonywania czynności będących przedmiotem zamówienia zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami z uwzględnieniem wymogów przewidzianych w przepisach ustawy z dnia 19 grudnia 2014 r. o zmianie ustawy Prawo Farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015 poz. 28) oraz wymogów Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej;

2.2. posiadam stosowną wiedzę i doświadczenie oraz dyspononuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania Zamówienia;

2.3. posiadam aktualna polisę OCP;

* 1. wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.

▪ ……………………………

/imię, nazwisko, pełniona funkcja/

▪ ...……………………………

/imię, nazwisko, pełniona funkcja/

………………………………………………………

/ data/ /podpisy, pieczątki-osób upoważnionych