Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego ZO-02/2024

…………………………………………… …………………………………………  
 (pieczątka wykonawcy) (miejscowość, data)

Do:…………………………………………  
 (Zamawiający)

Wykonawca…………………………………………………………………………………………………………………………

Adres…………………………………………………………………………………………………………………………………..

REGON………………………………………………….. NIP……………………………………………………..

Nr tel. ………………………………………………….. Nr faksu ……………………………………………..

e-mail……………………………………………………

**Oferta**

**Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące** **„Dostawy szczepionek dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Barcinie w okresie od podpisania umowy do końca lutego 2024 r.”:**

1. Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie   
   z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za cenę brutto:  
   ……………………………………………………..,

zgodnie z poniższą specyfikacją:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr  części  zam. | Określenie szczepionki (nazwa, postać) | Szacunkowa  liczba  dawek | Jednost.  cena  brutto | Wartość  brutto |
| 1. | FSME-IMMUN Junior  Inj. 0,25 ml x 1 A-S | 30 |  |  |
| 2. | FSME-IMMUN  Inj. 0,5 ml x 1 A-S | 30 |  |  |
| 3. | Infanrix Hexa  Inj. 0,5 ml x 1 A-S | 100 |  |  |
| 4. | EUVAX B 20 mcg/1 ml | 100 |  |  |
| 5. | VAXIGRIP TETRA | 20 |  |  |
| 6. | PREVENAR13  Inj. 0,5 ml x 1 A-S | 10 |  |  |
| 7. | Varilrix inj. pr. X1F+rozp 1 As | 20 |  |  |
| 8. | Bexsero  Inj. 0,5 ml x 1 A-S. | 70 |  |  |
| 9. | Pentaxim  0,5 ml/fiol 1 A-S | 10 |  |  |
| 10. | Twinrix – WZW A+B 1 A-S | 10 |  |  |
| 11. | NIMENRIX  Inj. 0,5 ml, 1 fiolka x 1 A-S | 30 |  |  |
| 12. | ADACEL 0,5 ml 1 A-S | 20 |  |  |
| 13. | HEXACIMA 0,5 ml 1 A-S | 5 |  |  |
| 14. | TYPHIM Vi 0,5 ml 1 A-S | 50 |  |  |
| 15 | Havrix Adult | 10 |  |  |
| 16 | Havrix junior | 5 |  |  |
| 17 | Boostrix 1A-S 0,5 ml + igła | 10 |  |  |
| 18 | Priorix inj. 1F PR + AS rozp. + 2 igły | 10 |  |  |
| 19 | ENGERIX 1.0 | 10 |  |  |
| 20 | Tetana 0,5 ml x 1 amp | 20 |  |  |

**\*- wpisanie jednostkowej ceny brutto oraz wartości brutto oznacza ofertę dostawy odpowiedniej części przedmiotu zamówienia.**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, oraz zdobyłem potrzebne informacje do przygotowania oferty.
2. Przedmiot zamówienia zrealizuję w terminie określonym w zaproszeniu.
3. Akceptuję termin płatności za faktury w terminie 21 dni od dnia dokonania odbioru przedmiotu zamówienia i otrzymania faktury.
4. Oświadczam, że zawarte w zapytaniu ofertowym warunki umowy akceptuję   
   i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na tych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Załącznikiem do niniejszej oferty jest dokument wymieniony w punkcie 11 zapytania ofertowego.

………………………………………………….  
 (podpis i pieczątka wykonawcy)

**Oświadczenie wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia**

Niniejszym,

składając ofertę na zadanie pod nazwą:

„Dostawa szczepionek dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Barcinie   
w okresie od podpisania umowy do końca marca 2025 r.”

oświadczam, że:

……………………………………………………………………………………………………………………………..  
(nazwa i siedziba „Wykonawcy”)

**nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 108 ustawy z 11.09.2019 r. -PZP.**

………………………………………………………  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania podmiotu