

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: CSL Behring Sp. z o.o.

Siedziba: ul. A. Branickiego 17, 02-972 Warszawa Województwo mazowieckie  
 Adres poczty elektronicznej (w trakcie trwania postępowania): przetargi.cslobehring@nettle.pl  
 Strona internetowa: <https://www.cslobehring.pl/>  
 Numer telefonu (w trakcie trwania postępowania): 0 (71) 721 56 18 tel. kom. \_\_\_\_\_\*  
 Numer faksu: 0 (22) 213 22 69  
 Numer REGON: 145830261  
 Numer NIP: 527-266-58-80  
 Nr rachunku rozliczeniowego 55 1880 0009 0000 0011 0236 6000 Deutsche Bank S.A.  
 Godziny urzędowania 8:00-16:00

**Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą~~ – nie prowadząca działalności.../ mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
 Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn  
 NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-65PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	119 700,00	9 576,00	8%	129 276,00

*Wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabeli zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty!*

**4. Oświadczam, że:**

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.  
 4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.  
 4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres (22) 468 88 80, cslobehring@pharma.com.pl

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :  
 Elżbieta Matus, Anita Kuźlik, tel. kontaktowy (71) 715 67 75, mail: przetargi.cslobehring@nettle.pl  
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:  
 Jacek Kulis, tel. kontaktowy (22) 203 67 95 mail: jacek.kulis@cslobehring.com

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię Welna Anna  
 Stanowisko Pełnomocnik  
 Telefon (71) 715 67 75 Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

**7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

- 7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę/ nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz posiadam(y) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

## Załącznik nr 2

## Opis przedmiotu zamówienia

## Zadanie nr 1

Przedmiot, nazwa	Jedn. m.	Zamawiana ilość	Cena jedn. Netto	Wartość Netto	VAT złotych	Wartość Brutto	Nazwa handlowa leku oferowanego
immunoglobulina ludzka do podawania dożylnego, której cząsteczka w procesie produkcji nie została poddana modyfikacji chemicznej lub enzymatycznej, roztwór 10% w dawkach 20g, 10 g, 5g, 2,5 g do leczenia i stosowania w programach lekowych	gram	600	199,5	119 700,00	9 576,00	129 276,00	Privigen

Leki w zad. nr od 1 do 2 maja być wpisane do rejestru produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Prosimy o składanie zamówień w godz. 8-14 w dni robocze (od poniedziałku do piątku)  
na fax: (22) 468-88-80 lub e-mail: [cslbelring@pharma.com.pl](mailto:cslbelring@pharma.com.pl)  
Kontakt ws. zamówień: Justyna Jaroszek, tel. (22) 569-09-03

Podpis jest prawdziwy  
Dokument podpisany przez:  
Anna Wek  
Data: 2021.05.14 14:35:46  
CEST

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: Pfizer Trading Polska Sp. z o.o.

Siedziba: ul. Żwirki i Wigury 16B 02-092 Warszawa Województwo mazowieckie

Adres poczty elektronicznej: przetargi@pfizer.com

Strona internetowa: www.pfizer.com.pl

Numer telefonu: 0 ( .. ) tel. kom. 887 467 619

Numer faksu: 22 397 19 99

Numer REGON: 140038400

Numer NIP: 5213328885

Nr rachunku rozliczeniowego PL 08103015080000000503964007

Godziny urzędowania 8-16

**Jestem:** ~~osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą~~ ~~nie prowadzącą działalności...~~ / ~~mikro~~ / ~~małym~~ / ~~średnim~~ / ~~dużym~~ / ~~innym~~ - **przedsiębiorstwem**  
**(skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-65PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
2	59643,50 zł	4771,48 zł	8%	64414,98 zł

*/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/*

**4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres Fax. 22 397 19 99 przetargi@pfizer.com

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Justyna Żołądkiewicz Tender Coordinator tel. Kontaktowy 887 467 619 mail: justyna.m.zoladkiewicz@pfizer.com

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Dział Customer Service tel. kontaktowy Tel. 22 335 61 25/26 mail: przetargi@pfizer.com

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon ..... Fax .....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

## Złącznik nr 2

## Opis przedmiotu zamówienia

## Zadanie 2

Przedmiot, nazwa	Jedn. m.	Zamawiana ilość	Cena jedn. Netto	Wartość Netto	VAT złotych	Wartość Brutto	Nazwa handlowa leku oferowanego
Etanercept 2.5mg/ml- fiolka +amp. strzykawka+igła+nasadka na fiolkę +2 gaziki x 4 komplety	opakowanie	50	1192,87 zł	59643,5 zł	4771,48 zł	64414,98 zł	ENBREL 25 mg, x4

Leki w zad. nr od 1 do 2 mają być wpisane do rejestru produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.