**Załącznik nr 2**

**do zapytania ofertowego nr OSS.271.2.2020**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Oferenta ..................................................................................................................................

Adres Oferenta .....................................................................................................................................

Faks /e-mail na, który Zamawiający ma przesyłać korespondencję:

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

NIP .........................................................................................................................................................

REGON ...................................................................................................................................................

w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe Gminy Gołdap z dnia 13.02.2020 r., nr OSS.271.2.2020,   
na: Zakup i sukcesywna dostawa szczepionek przeciw meningokokom grupy B w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom grupy B skierowany do mieszkańców Gminy Gołdap w latach 2017-2020” finansowanego ze środków Gminy Gołdap,

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w zapytaniu ofertowym   
i składamy następującą ofertę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa**  **szczepionki**  **i nr katalogowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  **za 1 dawkę szczepionki**  **przez cały okres obowiązywania umowy** | **Wartość**  **VAT** | **Cena jednostkowa brutto**  **za 1 dawkę szczepionki**  **przez cały okres obowiązywania umowy** |
| 1. |  | 1 dawka |  |  |  |

**Cena jednostkowa za 1 dawkę szczepionki: ……………………………… zł brutto**

**(słownie: ………………….…………………………………………………………………………… złotych).**

2. Oświadczam, że zaoferowana szczepionka przeciwko meningokokom grupy B jest dopuszczona do obrotu na zasadach określonych w ustawie prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (t. j . Dz. U. z 2019 r. poz. 499).

3. Oświadczam, że posiadam konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty.

4. Oświadczam, że wynagrodzenie (cena) oferty zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

5. Oświadczam, że jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres **30 dni** licząc od dnia upływu terminu wyznaczonego do składania ofert.

6. W przypadku wybrania niniejszej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Oświadczam, że udzielam ……….. dniowego terminu płatności.

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.\*\*

1) 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 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

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

miejscowość i data podpis osoby

uprawnionej do reprezentowania Oferenta

lub pełnomocnika