

Znak: DPS.AG.2610.10.2025

Formularz Oferty

„Dostawa leków i innych artykułów medycznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie z uwzględnieniem opłaty ryczałtowej oraz częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny dokonywanej przez Dom Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie.”

Pełna nazwa Wykonawcy: Solispharm sp. z o.o. – Lider Konsorcjum

Adres ul. Stefana Starzyńskiego 10, 03-459 Warszawa

Tel: 512 011 504

FAX..... e-mail aptekanamyslowska@gmail.com

REGON 147050604

NIP 1132872111

Pełna nazwa Wykonawcy: Solispharm 2019 sp. z o.o. – Członek Konsorcjum

Adres ul. Targowa 23 lok. 34, 03-728 Warszawa

REGON 384682418

NIP 1133005528

W odpowiedzi na zaproszenie Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie do składania ofert na Dostawę leków i innych artykułów medycznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie z uwzględnieniem opłaty ryczałtowej oraz częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny dokonywanej przez Dom Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie **oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie Zał. Nr 1 i 3** określonym w zaproszeniu za:

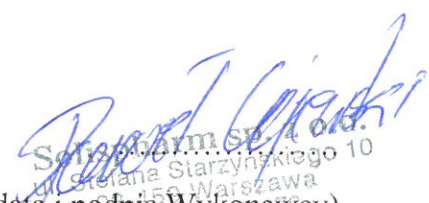
- 1) **cena oferty brutto** (stanowi sumę cen netto Zał. Nr 1 + Zał. Nr 3) 3,63 zł

(słownie: trzy złote 63/100)

w tym **wartość podatku VAT** (Zał. Nr 1 + Zał. Nr 3) 0 zł

(słownie 0 zł)

- 2) Czas konieczny na wymianę lub uzupełnienie towaru od 1 do 2 godzin


Solispharm sp. z o.o.
ul. Stefana Starzyńskiego 10
03-459 Warszawa
(data i podpis Wykonawcy)
NIP 113-287-21-11 Regon 147050604

Solispharm sp. z o.o.

Paweł Gajewski
członek Zarządu

Oświadczenia i zobowiązania Wykonawcy

1. Zadeklarowana wyżej cena oferty zawiera wszystkie koszty składające się na realizację przedmiotu niniejszego zamówienia.
2. Zapoznałem się z treścią zaproszenia do składania ofert i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem wszelkie informacje potrzebne do właściwego opracowania oferty oraz do należytego wykonania przedmiotu zamówienia,
3. Zawarty w zaproszeniu projekt umowy (Załącznik B) wraz z załącznikiem nr 1 do umowy został przeze mnie zaakceptowany i w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na tych warunkach w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Informuję, że wybór niniejszej oferty ~~będzie prowadził~~ / nie będzie prowadził (niepotrzebne skreślić) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

Nazwa dostawy.....

Wartość dostawy bez podatku od towarów i usług

Oświadczam, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2024 poz. 507).

Warszawa, dnia 12.12.2025

Solispharm sp. z o.o.
ul. Stefana Słazynskiego 10
03-159 Warszawa
KRS 000049418
NIP 525-232-271 B. G. N. 147050007
Paweł Gajewski
(posłanek Wykonawcy)
Paweł Gajewski
członek Zarządu

Ofertę niniejszą składam na 61 kolejno ponumerowanych stronach

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są następujące dokumenty:

1. Załącznik nr 1,
2. Załącznik nr 2,
3. Załącznik nr 3,
4. Załącznik nr 4 – Lider Konsorcjum,
5. Załącznik nr 5 – Lider Konsorcjum,
6. Załącznik nr 5 – Członek Konsorcjum,

4

7. Załącznik nr 6 – Lider Konsorcjum,
8. Załącznik B – wzór umowy parafowany,
9. Załącznik C – klauzula informacyjna,
10. Zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej,
11. Polisa ubezpieczeniowa,
12. Potwierdzenie opłaty polisy,
13. Pełnomocnictwo,
14. Wniosek o udostępnienie ofert.

Solispharm sp. z o.o.

ul. Stefana Starzyńskiego 10

03-109 Warszawa

REGON 14758204

KRS 000094178

.....

Solispharm sp. z o.o.

Paweł Gajewski
członek Zarządu

*Nazwa i adres Wykonawcy imienna pieczętka i podpis
(lub pieczętka firmowa) osoby upoważnionej lub osób upoważnionych*