**Zgłoszenie udziału w planowanym postępowaniu**

**Informacji zawartych w zgłoszeniu nie należy traktować jako oferty**

Dane Oferenta zainteresowanego współpracą z RARS na zasadach określonych w ogłoszeniu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane** | **Informacja** |
|  | Nazwa Oferenta  |  |
|  | Adres Oferenta |  |
|  | Telefon |  |
|  | Faks |  |
|  | Zapewniamy bezpieczeństwo danych osobowych zgodnie z przepisami *o ochronie danych osobowych* | TAK / NIE\* |
|  | Spełniamy wymogi ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. *o ochronie informacji niejawnych* w aktualnie obowiązującym brzmieniu. | TAK / NIE**\*** |
|  | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, które rozpoczęły procedurę uzyskania uprawnień do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” prowadzoną **w innej niż Agencja jednostce organizacyjnej** **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” w pkt 6)** |  |
|  | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, dla których zostanie **złożony wniosek do Agencji** o przeprowadzenie szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” w pkt 6)** |  |
|  | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, posiadających aktualne poświadczenie bezpieczeństwa osobowego lub pisemne upoważnienie do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” i/lub zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” w pkt 6)**  |  |
|  | Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby(ób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta zgodnie z aktualnym wypisem z właściwego rejestru podmiotów gospodarczych (KRS/CEIDG) lub na podstawie pełnomocnictwa, wymienionej(ych) w pkt 7, do której(ych) mają zostać wysłane warunki przetargu oznaczone klauzulą „zastrzeżone”. Osoba(y), o której(ych) mowa w zdaniu poprzedzającym musi posiadać aktualne poświadczenie bezpieczeństwa osobowego lub pisemne upoważnienie do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” wydane przez osobę uprawnioną i posiadać aktualne zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych, nie rzadziej niż raz na 5 lat, zgodnie z zapisami w/w ustawy, z tym jednak, iż kierownik Oferenta (kierownik przedsiębiorcy w rozumieniu art. 2 pkt 14 w/w ustawy) powinien posiadać co najmniej aktualne zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych. |  |
|  | Adres Oferenta, na który Agencja prześle warunki przetargu |  |

**\* niepotrzebne skreślić**

Proszę o podanie danych dotyczących produktów leczniczych zgodnie z poniższymi tabelami:

**Zadanie nr 1**

**Produkty lecznicze wymienione w poniższej tabeli zostaną objęte usługą przechowywania i wymiany przez okres od dnia 01.07.2024 r. do dnia 31.03.2027 r.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa międzynarodowa produktu** | **Nazwa własna produktu, postać, dawka** | **J.m.** | **Ilość produktu leczniczego, jaką Oferent może objąć usługą przechowywania i wymiany** |
|  | Aqua pro injectione rozpuszczalnik do sporządzania leków paranteralnych 10 ml | Aqua pro inj. Polpharma 10 ml x 100 amp. |  |  |
|  | Amikacjnum 250 mg/ml roztwór do wstrzykiwań i infuzji 2 ml | Biodacyna 250 mg/ml do wstrzykiwań i infuzji 2 ml amp. |  |  |
|  | Cefuroximum 750 mg proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań | Boifuroksyn 0,75 g proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań fiol. |  |  |
|  | Cefuroximum 1,5 g proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań | Boifuroksyn 1,5 g proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań fiol. |  |  |
|  | Cefuroximum 500 mg tabelki | Bioracef 500 mg tabletki powlekane x 10 tabl. |  |  |
|  | Cefuroximum 1 g proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | Biotraksym 1 g proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań fiol. |  |  |
|  | Ceftazidimum 1 g proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | Biotrakson 1 g proszek do sporządznia roztworu do wstrzykiwań fiol. |  |  |
|  | Ceftazidimum 1 g proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji | Biotum 1 g proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji fiol. |  |  |
|  | Ciprofloxacinum 2 mg/ml - 100 ml roztwór do infuzji | Cipronex 2 mg/ml - 100 ml roztwór do infuzji (karton x 40 poj.) |  |  |
|  | Ciprofloxacinum 500 mg tabeltki powlekane | Cipronex tabl. powl. 500 mg x 10 szt. |  |  |
|  | Enelaprili maleas 10 mg tabletki | Enarenal 10 mg x 30 tabl. |  |  |
|  | Enelaprili maleas 5 mg tabletki | Enarenal 5 mg x 30 tabl. |  |  |
|  | Furosemidum roztwór do wstrzykiwań 10 mg/ml | Furosemidum Polpharma roztwór do wstrzykiwań 10mg/ml - 2 ml x 50 amp. |  |  |
|  | Aciclovirum 400 mg tabletki powlekane | Heviran 400 mg tabl. powl. x 30 szt. |  |  |
|  | Indapamidum 1,5 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu | Indapen SR tabletki o przedłużonym uwalnianiu 1,5 mg x 30 tabl. |  |  |
|  | Metoclopramidi hydrochloridum roztwór do wstrzykiwań 5 mg/ml | Metoclopramidum 0,5% Polpharma roztwór do wstrzykiwań 5 mg/ml x 5 amp. (2 ml) |  |  |
|  | Metoclopramidi hydrochloridum 10 mg tabletki | Metoclopramidum Polpharma tabl. 10 mg x 50 szt. |  |  |
|  | Metronidazolum 0,5% roztwór do wstrzykiwań i infuzji 5 mg/ml 100 ml | Metronidazol 0,5% Polpharma 5mg/ml-100 ml - 1 karton x 40 pojemników |  |  |
|  | Metronidazolum 250 mg tabletki | Metronidazol Polpharma tabletki 250 mg x 20 tabl. |  |  |
|  | Acidum acetysalicylicum 300 mg tabletki | Polopiryna S 300 mg x 20 tabl. |  |  |
|  | Tramadoli hydrochloridum 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań | Poltram 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań x 5 amp. |  |  |
|  | Tramadoli hydrochloridum 50 mg kaps. | Poltram kaps. 50 mg x 20 szt. |  |  |
|  | Metamizolum natricum roztwór do wstrzykiwań 500 mg/ml - 5 ml | Pyralgin roztwór do wstrzykiwań 0,5 g/ml - 2,5/5 ml x 5 amp. |  |  |
|  | Sulfacetamidum natricum 10% krople do oczu, opakowanie - (05 ml x 12 szt.) | Sulfacetamidum Polpharma krople do oczu roztwór 100 mg/ml x 12 szt. |  |  |

**II. Wynagrodzenie za usługę przechowywania produktów leczniczych wymienionych Zadaniu nr 1 wraz z dokonywaniem ich wymiany przez okres od dnia 01.07.2024 r. do dnia 31.03.2027 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wartość bez podatku VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** |
| Wynagrodzenie za usługę przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych wymienionych w pkt I wraz z dokonywaniem ich wymiany przez okres od dnia 01.07.2024 r. do dnia 31.03.2027 r. |  |  |  |
| Koszty przemieszczenia produktów leczniczych wymienionych w pkt I z magazynu aktualnie przechowującego rezerwę do magazynu Oferenta |  |  |  |
| Łączna wartość: |  |  |  |

**Zadanie nr 2**

1. **Produkt leczniczy wymieniony w poniższej tabeli zostanie objęty usługą przechowywania i wymiany przez okres od dnia 30.08.2024 r.
do dnia 31.03.2027 r.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa międzynarodowa produktu** | **Nazwa własna produktu, postać, dawka** | **J.m.** | **Ilość produktu leczniczego, jaką Oferent może objąć usługą przechowywania i wymiany** |
|  | Cefuroximum 750 mg | Biofuroksym 0,75 g x 1 fiolka |  |  |

1. **Wynagrodzenie za usługę przechowywania produktu leczniczego wymienionego Zadaniu nr 2 wraz z dokonywaniem jego wymiany przez okres od dnia 30.08.2024 r. do dnia 31.03.2027 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wartość bez podatku VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** |
| Wynagrodzenie za usługę przechowywania produktu leczniczego wymienionego w Zadaniu nr 2 wraz z dokonywaniem jego wymiany przez okres od dnia 30.08.2024 r. do dnia 31.03.2027 r. |  |  |  |
| Koszty przemieszczenia produktu leczniczego wymienionego w Zadania nr 2 z magazynu aktualnie przechowującego rezerwę do magazynu Oferenta |  |  |  |
| Łączna wartość: |  |  |  |

**Oferent oświadcza, że: posiada prawo do dysponowania magazynem, w którym przechowywane będą produkty lecznicze wymienione**

**w Zadaniu nr 1 i Zadaniu nr 2 (np. magazyn własny (własność Oferenta), umowa najmu, umowa dzierżawy itp.)**

**…………………………….……………………………………………….**

………………………………………….……………………………..

podpis osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta