

ZALĄCZNIK NR 4

.....dnia.....

Polkowickie Centrum
Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.
ul. K. B. Kominka 7
59-101 Polkowice

OFERTA

ZAKUPU APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ TYPU B O NAZWIE „CENTRUM” POŁOŻONEJ W POLKOWICACH, PRZY UL. K.B. KOMINKA 7 WYDZIELONEJ JAKO ZORGANIZOWANA CZĘŚĆ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU ART.55¹ KODEKSU CYWILNEGO Z POLKOWICKIEGO CENTRUM USŁUG ZDROWOTNYCH - ZOZ S.A. W POLKOWICACH WRAZ Z PRAWEM DZIERŻAWY POMIESZCZENIA APTEKI

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu z dnia na sprzedaż apteki ogólnodostępnej typu B o nazwie „CENTRUM” położonej w Polkowicach, przy ul. K.B. Kominka 7 wydzielona jako zorganizowana część przedsiębiorstwa w rozumieniu art.55¹ kodeksu cywilnego z POLKOWICKIEGO CENTRUM USŁUG ZDROWOTNYCH - ZOZ S.A. w Polkowicach wraz z prawem dzierżawy pomieszczenia apteki, skierowany wyłącznie do farmaceutów lub spółki jawnej lub partnerskiej farmaceutów spełniających wymagania, o których mowa w art. 99 ust. 3, 3a, 4-4b i art. 101 pkt 2-5 ustawy z dnia 6 września 2001 roku prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2019 r. poz.499) przyjmujących w pisemnym oświadczeniu wszystkie warunki zawarte w zezwoleniu Dolnośląskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego we Wrocławiu z dnia 20.12.2001 roku nr WIIF.WR.I.-8240/232/zez.w./163/01 z zapewnieniem zachowania adresu prowadzenia apteki.

JA NIŻEJ PODPISANY

imię i nazwisko (osoby podpisującej ofertę)

PESEL

adres zamieszkania

numer telefonu

adres e-mail do korespondencji

działając w imieniu i na rzecz

(Proszę wskazać, czy osoba podpisująca ofertę działa „w imieniu własnym”, czy: „jako pełnomocnik”, „jako prokurent”, „jako przedstawiciel ustawowy”, „jako organ osoby prawnej” albo „jako osoba uprawniona do reprezentacji jednostki organizacyjnej”. W przypadku składania oferty przez małżonków pozostających w ustroju majątkowym wspólności ustawowej albo dwie osoby nie będące małżonkami – należy w tym miejscu wpisać – „w mieniu własnym” oraz wypełnić niżej dane dotyczące drugiego oferenta.)

(w przypadku działania „jako organ osoby prawnej” - jeśli wymagana jest reprezentacja łączna – proszę podać dane osobowe drugiego reprezentanta)

imię i nazwisko

PESEL

(w przypadku działania w imieniu innego podmiotu - proszę wskazać dane podmiotu reprezentowanego a do oferty załączyć dokument potwierdzający umocowanie) tj. imię i nazwisko / nazwa (podmiotu reprezentowanego):

.....
siedziba (adres).....

numer KRS

numer NIP

(w przypadku gdy ofertę składają małżonkowie pozostający w ustroju majątkowym wspólności majątkowej małżeńskiej - proszę podać dane osobowe drugiego małżonka)

imię i nazwisko małżonka

PESEL
adres zamieszkania

tj. imię i nazwisko / nazwa (podmiotu reprezentowanego):
siedziba (adres)

numer KRS
numer NIP

(w przypadku składania wspólnej oferty przez inne osoby niż małżonkowie pozostający w ustroju majątkowym wspólności majątkowej
małżeńskiej - proszę podać dane osobowe drugiego oferenta)

imię i nazwisko drugiego oferenta
PESEL

adres zamieszkania

oświadczam, że składam ofertę na zakup:

§ 1

określenie przedmiotu umowy sprzedaży i dzierżawy oraz ceny nabycia

Apteka ogólnodostępna typu B o nazwie „Centrum” położona w Polkowicach, przy ul. K.B. Kominka 7 jako zorganizowana część przedsiębiorstwa w rozumieniu art.55¹ kodeksu cywilnego wraz z prawem dzierżawy pomieszczenia apteki:

Oferujemy cenę nabycia przedmiotu przetargu:

1) cena nabycia zorganizowanej części przedsiębiorstwa wynosi złotych
(.....) wraz należnym podatkiem PCC;

2) cena czynszu dzierżawnego lokalu na prowadzenie apteki ogólnodostępnej typu B o nazwie „CENTRUM” w wysokości zł (.....) netto miesięcznie plus należny podatek VAT oraz koszty mediów i eksploatacji obiektu.

Cena nabycia – ponad kwotę uiszczzonego wadium – w przypadku wybrania niniejszej oferty, zostanie uiszczona:

- w całości ze środków własnych*
- w części ze środków własnych i/lub ze środków pochodzących z udzielonego nabywcy kredytu bankowego*.

§ 2

Oświadczenia potwierdzające spełnianie warunków

1. Oświadczam, że spełniam warunki do przejęcia apteki w rozumieniu art.104a prawa farmaceutycznego w tym:

- a) **nie prowadzę** lub **nie wystąpiłem** z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, lub **nie zajmuję** się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi lub
- b) **nie prowadzę** na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, **nie prowadzą** łącznie więcej niż 1% aptek na terenie województwa;
- c) **nie jestem** członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych.

2. **Oświadczam**, że wnioskodawca, czy wspólnik lub partner spółki będącej wnioskodawcą:

- a) **nie jest** **wspólnikiem**, w tym partnerem, w spółce lub spółkach, które prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne lub;

b) **nie prowadzi** co najmniej 4 apteki ogólnodostępne albo podmiot lub podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmiot lub podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, **nie prowadzą** co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub

c) **nie jestem** członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub

d) **nie wchodzę** w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

3) Oświadczam, że:

a) **jestem farmaceutą posiadającym prawo wykonywania zawodu**, o którym mowa w art. 4 i art. 4b ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą;

albo

b) **jesteśmy spółką jawną*/ spółką partnerską***, której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek, i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w pkt 1.

4) **Zatrudnimy** osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki, o której mowa w art. 88 ust. 2, dającą rękojmię należytego prowadzenia apteki, przy czym w aptece zatrudniony jest 1 kierownik, 1 magister farmacji i 4 techników farmacji który wraz z pozostałymi pracownikami wobec przejścia części zakładu na innego pracodawcę staje się on z mocy prawa pracownikami Oferenta - Nabywcy art.23¹ kodeksu pracy.

5) Występującym o zezwolenie na prowadzenie apteki jest lekarz* lub lekarz dentysta*, w związku z czym w załączeniu przedstawiamy oświadczenie o niewykonywaniu zawodu lekarza*.

6) **Oświadczam**, że w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku **nie** cofnięto wnioskodawcy zezwolenie na wytwarzanie lub import produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej, lub wnioskodawca w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku **nie został** skreślony z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi;

7) **Oświadczam**, że **nie** posiadam zezwolenie na wytwarzanie lub import produktu leczniczego albo produktu leczniczego weterynaryjnego albo **nie** wystąpiłem z wnioskiem o wydanie takiego zezwolenia, prowadzi hurtownię farmaceutyczną lub hurtownię farmaceutyczną produktów leczniczych weterynaryjnych albo **nie** wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie, **nie** zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi albo **nie** wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3, lub wykonuje działalność leczniczą albo wystąpił z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

8) **Oświadczam**, że daję rękojmię należytego prowadzenia apteki;

9) **Oświadczam**, że w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku **nie** nałożono na wnioskodawcę karę pieniężną na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c oraz że przyjmuję wszystkie warunki zawarte w zezwoleniu.

§ 3

Inne oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami sprzedaży określonymi w Regulaminie sprzedaży zorganizowanej części przedsiębiorstwa, ogłoszeniu oraz z istotnymi warunkami umów sprzedaży zorganizowanej części przedsiębiorstwa oraz umowy dzierżawy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

2. Zobowiązuję się, w przypadku wybrania mojej oferty, do zawarcia umowy sprzedaży w miejscu i terminie wyznaczonym przez Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach oraz zapłaty ceny.

3. Oświadczam, że zapoznałem się ze stanem prawnym i faktycznym przedmiotu sprzedaży, Organizator wyłącza rękojmię za wady fizyczne nabywanych ruchomości, towarów, wyposażenia, oprogramowania oraz baz danych, stanowiących zorganizowaną część przedsiębiorstwa.

4. Oświadczam, że w przypadku wyboru oferty wyrażam zgodę na pokrywanie bieżących kosztów mediów i eksploatacji obiektu.

5. Zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów i podatków związanych z zawarciem umowy sprzedaży.

6. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do podjęcia czynności określonych w przepisach w tym w szczególności art. 23¹ kodeksu pracy, w związku z przejściem wszystkich pracowników zatrudnionych w Aptece.

7. W przypadku złożenia wspólnej oferty przez inne osoby niż małżonkowie pozostający w *ustroju majątkowym wspólności majątkowej małżeńskiej*, wysokość udziału poszczególnych oferentów we współwłasności ułamkowej wynosić będzie:

a)

b)

Niezależnie od wysokości udziału we współwłasności oferenci odpowiadają solidarnie za zapłatę ceny w całości.

8. **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 zakup w niniejszym postępowaniu.*

9. Dowód wniesienia wadium i numer rachunku bankowego, na który ma nastąpić zwrot wadium:

a/ dowód wniesienia wadium: np. odpis przelewu bankowego z dnia

b/ numer rachunku bankowego, na który ma nastąpić zwrot wadium:

10. Data sporządzenia oferty i zaznaczenie okresu związania ofertą:

a/ oferta została sporządzona w dniu /wpisać dzień, miesiąc i rok/,

b/ oferta jest wiążąca przez okres* lub do dnia* /nie krótszy niż jeden miesiąc od dnia wskazanego jako termin składania ofert*/

**niepotrzebne skreślić, jeżeli nie dotyczy*

.....
(czytelny podpis osoby składającej ofertę)

.....
(czytelny podpis
- drugiego reprezentanta osoby prawnej,
- drugiego małżonka, w przypadku gdy ofertę składają
małżonkowie pozostający w ustroju majątkowym wspólności
majątkowej małżeńskiej,
- albo drugiego oferenta)

Małgorzata Bączkowska
RADCA PRAWNY
WŁ./L.G./254

Załączniki:

a) kopia dokumentu nadania NIP oraz REGON, a także wydruk z ewidencji działalności gospodarczej – dotyczy Oferentów będących osobami fizycznymi będącymi przedsiębiorcami,

b) odpis aktualny z Krajowego Rejestru Sądowego – dotyczy podmiotów zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Sądowym,

PREZES ZARZĄDU

Krzysztof Suwłowski

07 MAJ 2019

- c) potwierdzenie **prawa wykonywania zawodu**, o którym mowa w art. 4 i art. 4b ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich jako jednoosobową działalność gospodarczą,
- d) dowód wniesienia wadium i numer rachunku bankowego, na który ma nastąpić zwrot wadium,
- e) dokumenty potwierdzające umocowanie do działania w imieniu oferenta innego niż osoba fizyczna działająca w imieniu własnym.
- f)

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)

19 