

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

OFERTA

w przetargu nieograniczonym na:
świadczenie usług farmaceutycznych w postaci realizacji
recept lekarskich klientom Miejskiego Ośrodka Pomocy
Rodzinie we Włocławku, w aptekach ogólnodostępnych
położonych na terenie miasta Włocławek, w obszarze
działania Osiedlowych Sekcji Pomocy Społecznej

Do _____

Nawiązując do ogłoszenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego
prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:

My, niżej podpisani:

działając w imieniu i na rzecz

[nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców]

*[w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy
wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum]*

1. SKŁADAMY OFERTE na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się za Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania, w tym uważamy się związanych ofertą na czas wskazany w SIWZ, tj. _____ dni od dnia otwarcia ofert.
3. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia w niżej wskazanych częściach przedmiotu zamówienia na niżej wyliczone ceny ofertowe brutto: wykonawca wypełnia w zakresie w jakim składa ofertę, w pozostałych wpisuje „nie dotyczy”

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie

Mariola Jarzemłowska

CZĘŚĆ I przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientom MOPR z rejonu działania OSPS „Śródmieście”

Cena oferowana na leki nierefundowane	Wartość określona przez Zamawiającego	Proponowany upust w %	Kwota upustu w PLN	Cena oferty brutto
	1	2	3	1-3
Wartość Zamawiającego na leki refundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: _____

CZĘŚĆ II przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientom MOPR z rejonu działania OSPS „Zazamcze”

Cena oferowana na leki nierefundowane	Wartość określona przez Zamawiającego	Proponowany upust w %	Kwota upustu w PLN	Cena oferty brutto
	1	2	3	1-3
Wartość Zamawiającego na leki refundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: _____

CZĘŚĆ III przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientom MOPR z rejonu działania OSPS „Wschód”

Cena oferowana na leki nierefundowane	Wartość określona przez Zamawiającego	Proponowany upust w %	Kwota upustu w PLN	Cena oferty brutto
	1	2	3	1-3
Wartość Zamawiającego na leki refundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: _____

CZĘŚĆ IV przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientom MOPR z rejonu działania OSPS „Południe”

Cena oferowana na leki nierefundowane	Wartość określona przez Zamawiającego	Proponowany upust w %	Kwota upustu w PLN	Cena oferty brutto
	1	2	3	1-3
Wartość Zamawiającego na leki refundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: _____

4. Oświadczamy, że proponowany przez nas upust wyrażony procentowo będziemy stosowali do każdej recepty na leki nierefundowane, w wysokości niezmiennej przez cały okres obowiązywania umowy (Dotyczy odrębnie każdej części postępowania)
5. Cena oferty brutto stanowi wartość szacunkową przyszłej umowy, w każdej z części przedmiotu postępowania odrębnie.
6. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia (wykonawca wypełnia w zakresie w jakim składa ofertę, w pozostałych wpisuje „nie dotyczy”)

CZĘŚĆ I PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

w aptece pn. _____ usytuowanej we Włocławku, przy ul. _____ nr _____.

CZĘŚĆ II PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

w aptece pn. _____ usytuowanej we Włocławku, przy ul. _____ nr _____.

CZĘŚĆ III PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

w aptece pn. _____ usytuowanej we Włocławku, przy ul. _____ nr _____.

CZĘŚĆ IV PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

w aptece pn. _____ usytuowanej we Włocławku, przy ul. _____ nr _____.

7. Oświadczamy, że apteka, w której realizowane będą recepty czynna jest następująco*:

CZĘŚĆ I PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- | | | | |
|------------------|--------------|----------|----------|
| a) w dni robocze | w godzinach: | od _____ | do _____ |
| b) w soboty | w godzinach: | od _____ | do _____ |
| c) w niedziele | w godzinach: | od _____ | do _____ |
| d) w święta | w godzinach: | od _____ | do _____ |

*wykonawca wpisuje godziny otwarcia apteki w przypadku, gdy jest ona czynna w wyżej określonych dniach. W przypadku innym wpisuje „nie dotyczy” – z zastrzeżeniem obowiązku otwarcia w dni robocze zgodnie z zapisami SIWZ

CZEŚĆ II PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- | | | | |
|------------------|--------------|---------|---------|
| a) w dni robocze | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| b) w soboty | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| c) w niedziele | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| d) w święta | w godzinach: | od_____ | do_____ |

CZEŚĆ III PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- | | | | |
|------------------|--------------|---------|---------|
| a) w dni robocze | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| b) w soboty | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| c) w niedziele | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| d) w święta | w godzinach: | od_____ | do_____ |

CZEŚĆ IV PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- | | | | |
|------------------|--------------|---------|---------|
| a) w dni robocze | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| b) w soboty | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| c) w niedziele | w godzinach: | od_____ | do_____ |
| d) w święta | w godzinach: | od_____ | do_____ |

8. ZOBOWIĄZUJEMY się do realizacji recept na leki refundowane i nierefundowane klientom MOPR w terminie od 1 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku.

9. W okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonaliśmy/wykonujemy dostaw lub usług w zakresie opisanym w rozdziale XIX pkt 3 SIWZ. Na potwierdzenie, czy ww usługi lub dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie załączamy dowód w postaci

10. AKCEPTUJEMY warunki i zasady płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

11. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY sami*/przy udziale podwykonawców w następującym zakresie: _____

(zakres powierzonych zadań)

(zakres powierzonych zadań)

12. OŚWIADCZAMY, że sposób reprezentacji Wykonawcy*/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

(wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)

*niepotrzebne skreślić

13. OŚWIADCZAMY, że informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od _____ do _____ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być udostępnione.
14. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Istotnymi dla Stron postanowieniami umownymi, stanowiącymi załącznik nr 1 do SIWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
15. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

Imię i nazwisko (nazwa) _____

Tel; _____ faks: _____

e-mail: _____

powyższe dane wskazują osobę odpowiedzialną za przedmiotowe postępowanie z naszej strony.

16. OFERTE składamy na _____ stronach.
17. ZAŁĄCZNIKAMI do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część, są niżej wymienione oświadczenia i dokumenty:

_____ dnia _____

DYREKTOR
podpis Wykonawcy/Pelnomocnika

Mariola Szrembowska