

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)	<b>OFERTA</b> w przetargu nieograniczonym na: <b>realizowanie recept lekarskich klientom Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku w 2014</b>
--------------------------------	---

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 współników spółki cywilnej lub członków konsorcjum]*

1. SKŁADAMY OFERTĘ 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”

**CZĘŚĆ I przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientów 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 nierefundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: \_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ II przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientów 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 nierefundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: \_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ III przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientów 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 nierefundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: \_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ IV przedmiotu zamówienia – realizacja recept klientów 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 nierefundowane				
ŁĄCZNIE				

Cena oferty słownie: \_\_\_\_\_

- 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)
- Cena oferty brutto stanowi wartość szacunkową przyszłej umowy, w każdej z części przedmiotu postępowania odrębnie.
- 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 \_\_\_\_\_.

- 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



## CZĘŚĆ 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_____ |

## CZĘŚĆ 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_____ |

## CZĘŚĆ 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. ZOBOWIAZUJEMY się do realizacji recept na leki refundowane i nierefundowane klientom MOPR w terminie od 1 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2014 roku.
9. AKCEPTUJEMY warunki i zasady płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
10. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY sami\*/przy udziale podwykonawców w następującym zakresie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(zakres powierzonych zadań)

\_\_\_\_\_  
(zakres powierzonych zadań)

11. 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

12. 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.
13. 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.
14. 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.

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

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ **dnia** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*podpis Wykonawcy/Pelnomocnika*

DYREKTOR  
Krajowego Ośrodka Pomocy Społecznej  
Dedyta Wiśniewska